

# **UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

## **HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

### **Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci podporovaného zaměstnávání**

### **The Specifics Of Social Work With People With Mental Illness In The Context Of Supported Employment**

Diplomová práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Autor:  
Bc. Nela Beranová

Praha 2016

## **MOTTO**

*"Chtít je více než moci. Neboť chtěním se i propast stane příkopem, který lehce zdoláš"*

Viktor Fischl

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Cimrmannové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Poděkování patří i všem respondentům a informantům, kteří se zúčastnili mého šetření. Velké poděkování patří mé rodině, za jejich trpělivost, podporu a pomoc po celou dobu mého studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci podporovaného zaměstnávání“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Nela Beranová

## **Anotace**

Ve své diplomové práci se zaměřuji na jednu z oblastí komunitní péče o lidi s duševním onemocněním a to na oblast práce. Těžištěm mé práce je deskripce současné situace v poskytování služeb podpory zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním a formulace specifík programu podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. Součástí mé práce je empirické šetření zaměřené na udržitelnost a perspektivu programů podpory zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. Cílem mé práce je vytvoření aktualizované přehledové studie v problematice poskytování služby podporovaného zaměstnávání lidem s duševním onemocněním.

## **Annotation**

In my thesis I am going to focus on one of the areas of community care for people with mental illness and thus on the area of employment. The main focus of the thesis is on a description of current situation in the provision of the employment support for people with mental illness. The focus is also on the formulation of the specifics of the Employment Support Program for people with mental illness. Another part of my thesis contains empirical investigations focusing on the sustainability and the perspective of the Employment Support Program for people with mental illness. The goal of my thesis is to set up an updated overview study on the issue of providing employment support for people with mental illness.

## **Klíčová slova**

Lidé s duševním onemocněním, podporované zaměstnávání, komunitní péče, reforma psychiatrické péče, psychosociální rehabilitace, zaměstnávání, duševní zdraví, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

## **Keywords**

People with mental illness, supported employment, community care, reform of psychiatric care, psychosocial rehabilitation, employment, mental health, social work with people with mental illness.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>1 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Základní fakta o reformě psychiatrické péče v ČR.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Čtyři pilíře Strategie reformy psychiatrické péče.....	11
<b>1.2 Centra duševního zdraví (CDZ).....</b>	<b>12</b>
<b>2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEHO VLIV NA PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Duševní onemocnění.....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Dopady duševního onemocnění.....	18
<b>2.2 Vliv duševního onemocnění na pracovní schopnost jedince.....</b>	<b>19</b>
2.2.1 Bariéry v pracovním uplatnění lidí s duševním onemocněním.....	21
2.2.1.1 Invalidizace.....	21
2.2.1.2 Mýty o duševním onemocnění a pracovním procesu.....	22
<b>2.3 Rehabilitace lidí s duševním onemocněním.....</b>	<b>24</b>
2.3.1 Psychiatrická (psychosociální) rehabilitace.....	24
2.3.2 Pracovní rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním.....	26
2.3.3 Typy pracovní rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním.....	27
2.3.3.1 Pracovní terapie v psychiatrických léčebnách a nemocnicích.....	27
2.3.3.2 Sociálně - terapeutické dílny.....	27
2.3.3.3 Chráněné dílny.....	28
2.3.3.4 Chráněné pracovní místo.....	29
2.3.3.5 Přejížděné zaměstnávání.....	29
2.3.3.6 Tréninková pracovní místa.....	30
2.3.3.7 Podporované zaměstnání.....	31
2.3.3.8 Podpůrné edukativní programy.....	31
2.3.3.9 Sociální firma.....	31
<b>3 PROGRAM PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Historie podporovaného zaměstnávání.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Specifika podporovaného zaměstnávání.....</b>	<b>34</b>
3.2.1 Definice podporovaného zaměstnávání.....	35
3.2.2 Smysl a cíle podporovaného zaměstnávání.....	35
3.2.3 Principy podporovaného zaměstnávání.....	35
3.2.4 Cílová skupina.....	37
<b>3.3 Proces podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním.....</b>	<b>38</b>
3.3.1 Služby poskytované zájemci o podporované zaměstnávání.....	39
3.3.1.1 Posuzování vhodnosti podporovaného zaměstnání pro zájemce.....	41
3.3.2 Osobní profil uživatele služeb PZ.....	41
3.3.2.1 Zjišťované informace při sestavování osobního profilu.....	42
3.3.2.2 Způsoby zjišťování informací při sestavení osobního profilu.....	43
3.3.2.3 Zásady vytváření osobního profilu.....	44
3.3.3 Vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění.....	45
3.3.3.1 Zásady vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění.....	46
3.3.4 Individuální plán.....	46
3.3.5 Získání zaměstnání.....	47
3.3.5.1 Analýza pracovního místa.....	48
3.3.5.2 Osobní jednání uživatele se zaměstnavatelem.....	49
3.3.5.3 Vyjednávání o pracovních podmínkách.....	50
3.3.5.4 Podpora poskytovaná zaměstnavateli.....	51
3.3.5.5 Podpora poskytovaná rodině uživatele.....	52
3.3.6 Ukončení procesu PZ.....	52
<b>4 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PZ.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1 Kompetence sociálního pracovníka.....</b>	<b>55</b>
<b>4.2 Přístupy a metody sociální práce využívané v rámci podporovaného zaměstnávání.....</b>	<b>56</b>
4.2.1 Přístup orientovaný na klienta.....	57
4.2.2 Case management (případové vedení).....	60

4.2.2.1 Zásady case managementu:.....	61
4.2.2.2 Úkoly case managementu:.....	62
4.2.3 Moderní psychosociální rehabilitace.....	63
4.2.4 Empowerment.....	64
<b>5 UDRŽITELNOST PROGRAMU PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ - EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>66</b>
<b>5.1 Vymezení problémů šetření.....</b>	<b>66</b>
<b>5.2 Cíle a úkoly šetření.....</b>	<b>67</b>
<b>5.3 Metody.....</b>	<b>67</b>
<b>5.4 Metodika šetření.....</b>	<b>68</b>
5.4.1 Obsahová analýza dat.....	68
5.4.2 Semistrukturovaný rozhovor.....	69
5.4.3 Pozorování.....	69
<b>5.5 Charakteristika zkoumaného vzorku.....</b>	<b>70</b>
<b>5.6 Výsledky šetření a jejich interpretace.....</b>	<b>71</b>
5.6.1 Posuzování vhodnosti podporovaného zaměstnávání.....	71
5.6.2 Vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění.....	73
5.6.3 Získání zaměstnání.....	74
5.6.4 Udržení si získaného pracovního místa.....	75
5.6.5 Dílčí otázky šetření.....	76
<b>5.7 Diskuse.....</b>	<b>77</b>
<b>5.8 Shrnutí šetření.....</b>	<b>78</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>90</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>91</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

APA	Americká psychiatrická asociace
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí
EU	Evropská unie
FACT	Flexibilní asertivní komunitní léčba
HDP	Hrubý domácí produkt
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OZP	Osoba zdravotně postižená
PC	Personal computer - osobní počítač
PZ	Podporované zaměstnávání
SMI	Severe mental illness - závažné duševní onemocnění
WHO	World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

# ÚVOD

V rámci současné reformy psychiatrické péče v ČR se stále častěji mluví o potřebě zavést do péče o duševní zdraví komunitní péči o lidi s duševním onemocněním. Komunitní péče o lidi s duševním onemocněním je široký soubor služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče o lidi s duševním onemocněním patří kromě léčby podpora sociálních rolí zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů.

Ve své diplomové práci se chci zaměřit na jednu z oblastí komunitní péče o lidi s duševním onemocněním - a to na oblast práce. Pojmem lidé s duševním onemocněním rozumím především lidi se zkušeností s psychotickým onemocněním, zejména se schizofrenií, maniodepresivní psychózou nebo neurózou těžšího stupně.

Těžištěm mé práce bude deskripce současné situace v poskytování služeb podpory zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním a formulace specifik programu podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním.

Cílem mé práce je vytvořit na základě dostupné literatury, vlastních zkušeností z praxe a případových studií aktualizovanou přehledovou studii problematiky poskytování služby podporovaného zaměstnávání lidem s duševním onemocněním. V problematice zaměstnávání lidí s duševním onemocněním pracuji od podzimu roku 2002 v neziskové organizaci Fokus Praha. Do roku 2006 jsem byla v přímé práci s uživateli služby podpory zaměstnávání. Od roku 2006 do roku 2013 jsem spolupracovala na projektech Fokusu Praha a lektorovala kurzy spojené se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním. V současné době opět pracuji v přímé práci s uživateli služby podpory zaměstnávání.

Součástí mé práce bude empirické šetření zaměřené na udržitelnost a perspektivu programů podpory zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. Na základě poznatků získaných z dokumentace organizací, vlastní praxe a rozhovorů s poskytovateli programů podpory zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním bych ráda uvedla možnosti východisek udržitelnosti podpůrných programů zaměstnávání.



# 1 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR

Psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancovaností. Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen Strategie) byla tvořena v souladu s evropskými i národními dokumenty revidujícími koncepci psychiatrické péče obecně. Tyto dokumenty doporučují podpořit rozvoj komunitní péče, zvýšit roli primární péče a všeobecných nemocnic, transformovat psychiatrické nemocnice/léčebny a v neposlední řadě podporovat vzdělávání odborných pracovníků. Relevantní součástí reformního úsilí v ČR by tedy měl být posun ke způsobu léčby v co největší míře poskytované v přirozené komunitě. Záměrem celé Strategie je naplňovat lidská práva lidí s duševním onemocněním v nejširším možném výkladu. Definovaným globálním cílem je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. (STRATEGIE,2013)

Současný rigidní systém institucionální psychiatrické péče v ČR má těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální. V ČR je zřejmá absence služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízká míra koordinace jednotlivých složek péče. MZ ČR chce implementací Strategie odstranit deficity zmiňované mezinárodními organizacemi (zejména WHO) a tím zajistit plné uplatnění lidských práv všech lidí s duševním onemocněním. (STRATEGIE, 2013)

Strategie chce docílit globálního cíle prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností. V implementaci Strategie se počítá mimo jiné i s rozvojem Center duševního zdraví (dále jen CDZ) jako jednoho ze čtyř pilířů<sup>1</sup> služeb, který rozšiřuje stávající péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje ji lidem s duševním onemocněním.

## 1.1 ZÁKLADNÍ FAKTA O REFORMĚ PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR

Koncepce oboru psychiatrie byla prvně publikována v roce 2000. Tento dokument měl poskytovat podklad pro politická rozhodování, která měla vést k nezbytnému zlepšení systému psychiatrické péče v ČR. (ESPRIT, 2011) V lednu 2005 v Helsinkách se ČR v rámci revize koncepce psychiatrie připojila k dokumentům, jejichž primárními cíli je

---

<sup>1</sup> Čtyři pilíře služeb: 1. Ambulantní péče, 2. Centra duševního zdraví, 3. Psychiatrická oddělení nemocnic, 4. Psychiatrické léčebny/nemocnice. (STRATEGIE, 2013, s. 34)

zlepšení duševní kondice obyvatel a změna systému poskytované péče. Konkrétně se jedná o Deklaraci o duševním zdraví, o Akční plán duševního zdraví pro Evropu a o Zelenou knihu Komise evropských společenství. Posléze výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP v roce 2007 vyhlásil ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“ na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. (NPP, 2007)

Ministerstvo zdravotnictví v říjnu roku 2012 vyhlásilo zavádění Reformy psychiatrické péče. Zadavatelem Reformy byl ministr Leoš Heger, gestorem jeho 1.náměstek Marek Ženíšek. Reforma byla koordinovaná Strategickou projektovou kanceláří Ministerstva zdravotnictví, v řídicích strukturách byli náměstci ministra či vedoucí odborů. Zástupcem externích expertů byl ředitel psychiatrické léčebny v Bohnicích Martin Hollý. V roce 2012 proběhl Mezinárodní kongres Světové psychiatrické společnosti a byl spuštěn projekt Psychiatrické společnosti ČLS JEP „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky a zahraničí“. (RABOCH, WENIGOVA, 2012)

V březnu 2013 byla Reforma psychiatrické péče schválena jakožto součást Národního programu reforem 2013. Strategie reformy psychiatrické péče je po organizační stránce v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR. Ministr zdravotnictví ČR ustanovil Pracovní skupinu jako svůj hlavní poradní orgán k tématu psychiatrické péče, respektive k celému procesu reformy psychiatrické péče. Pracovní skupina by měla splňovat konzultační, oponentní a dohledovou funkci. Jejími členy jsou zástupci zdravotních pojišťoven, MPSV, Asociace krajů, odborné veřejnosti (zástupce psychiatrické společnosti, profesního uskupení sester, psychiatrických léčeben, ambulantní péče, neziskových organizací) i uživatelů. Pracovní skupina by měla obsáhnout většinu tzv. stakeholderů, tedy zúčastněných aktérů v systému péče. V únoru 2013 byl vytvořen více než dvacetičlenný tým pro tvorbu strategie. (STRATEGIE, 2013)

Definovaným globálním cílem je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Tento cíl by měl být postupně naplňován řadou dalších strategických cílů, z nichž každý bude v etapě (2014–2023) naplňovat globální cíl jen do určité míry. Nelze tedy očekávat, že po roce 2023 bude psychiatrická péče zcela zreformována a plně v souladu s potřebami a očekáváními jejich uživatelů. Reforma péče o duševní zdraví je dlouhodobější proces, než který pokrývá Strategie reformy psychiatrické péče.

Strategie reformy psychiatrické péče v ČR chce docílit globálního cíle prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou

společnosti. Pro děti a dorost pak reforma znamená restrukturalizaci současné péče, vybudování plnohodnotné základní sítě ambulantní péče a vytvoření návazné péče s provázaností do vzdělávacího systému ČR. V implementaci Strategie se počítá s rozvojem Center duševního zdraví (dále jen CDZ) jako jednoho ze čtyř pilířů služeb, který rozšiřuje stávající péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje ji duševně nemocným. Podporován bude i rozvoj nových a inovovaných typů péče, které přímo nesouvisí s rozvojem CDZ. (STRATEGIE, 2013) Tyto nové typy péče budou komplementární k níže popsaným čtyřem pilířům Strategie.

### **1.1.1 Čtyři pilíře Strategie reformy psychiatrické péče**

#### **Ambulantní péče**

Psychiatrické a klinickopsychologické ambulance představují primární psychiatrickou péči, která nezastupitelně zajišťuje péči pro většinu klientů psychiatrických služeb. Odborná zdravotní péče je primárně určena docházejícím pacientům a ve většině případů je poskytována subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, přičemž velká část této péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

#### **Centra duševního zdraví (CDZ)**

Centrum duševního zdraví je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – *Severe Mental Illness* (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

#### **Psychiatrická oddělení nemocnic**

Akutní lůžková psychiatrická péče je takovým typem péče, která je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které s péčí souhlasí, a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek), a péče je jim poskytnuta též bez souhlasu. Tato oddělení také poskytují konsiliární servis pro nemocnici.

#### **Psychiatrické léčebny/nemocnice**

Psychiatrické léčebny/nemocnice jsou lůžková zdravotnická zařízení poskytující komplexní psychiatrickou péči pacientům, kteří s péčí souhlasí, a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu za zákonem stanovených podmínek. (STRATEGIE, 2013)

## 1.2 CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ)

Centrum duševního zdraví je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním. Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí. (STRATEGIE, 2013)

Centrum duševního zdraví je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou (akutní) i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem CDZ jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým Centra duševního zdraví pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům ze spádové oblasti bez čekací doby.

Autoři podkladů pro standard CDZ (Odborné podkladové materiály ke standardům péče v CDZ, 2014) se ve svém návrhu projednaném a schváleném Psychiatrickou společností inspirovali především v holandském modelu známém jako FACT (Flexibilní asertivní komunitní léčba) a komunitním systému služeb v italském Trieste. Podle nich je pro zajištění efektivní péče a podpory pro osoby se závažným duševním onemocněním nutné věnovat pozornost i organizačním aspektům fungování těchto týmů.

Z tohoto pohledu je klíčové:

1. Zajistit dobré propojení zdravotní a sociální části týmu.
2. Mít účinný systém alokace kompetencí a odpovědností v rámci týmu i navenek (zde se osvědčil systém case managementu).
3. Zajistit kompatibilitu zdravotních a sociálních intervencí týmu kvůli vzájemné zastupitelnosti a kontinuitě práce s klientem.

Základní kostru Centra duševního zdraví tvoří sociální pracovníci/pracovnice v sociálních službách spolu s psychiatrickými sestrami. Logicky musí mít kompatibilní kompetence v takzvaných klíčových dovednostech. Jedná se o první kontakt s klientem, individuální práci metodou psychosociální/psychiatrické rehabilitace, schopnost zastávat roli case managera v rámci týmu a kompetence v krizové intervenci a systematické práci s rodinným prostředím. (ODBORNÉ PODKLADOVÉ MATERIÁLY KE STANDARDŮM PÉČE V CDZ, 2014)

Jednotlivé prvky péče poskytované CDZ jsou odvozeny od praxe založené na důkazech (evidence based practice). Patří k nim krizová intervence s prokazatelným zlepšením klinického stavu, větší spokojeností s léčbou, snížení zátěže rodin, snížení opakovaného přijetí k hospitalizaci a vypadávání z léčby oproti standardní léčbě (MURPHY, 2012), dále asertivní komunitní léčba prokazatelně snižující frekvence relapsu onemocnění a potřebu hospitalizace vedoucí ke stabilizaci v oblasti bydlení, zaměstnání a zvyšující spokojenost pacientů (MARSHALL, 2011). Dalším postupem je podporované zaměstnání, u něhož je ověřeno zvyšování zaměstnanosti duševně nemocných (KINOSHITA, 2013). V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby. Veškerá činnost se řídí platnou legislativou, zejména Zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách. Status CDZ na rozhraní zdravotní a sociální oblasti bude vymezen zvláštním předpisem. (ODBORNÉ PODKLADOVÉ MATERIÁLY KE STANDARDŮM PÉČE V CDZ, 2014)

V rámci realizace Strategie jsou v současnosti v Praze v provozu dvě pilotní Centra duševního zdraví. Vznikly transformací dvou Komunitních týmů neziskové organizace Fokus Praha. Prvním z nich je Komunitní centrum Podskalí.

Projekt Komunitní centrum Podskalí je zaměřen na rozvoj místního systému komunitní péče o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním s důrazem na propojení služeb sociálních a zdravotních. Multidisciplinární tým vznikl personálním rozšířením stávajícího Komunitního týmu Jih Fokusu Praha. Tým sociálních pracovníků byl rozšířen o zdravotnickou složku, která je důležitou součástí péče o lidi s duševním onemocněním. Konkrétně byl tým doplněn psychiatrem, psychiatrickou sestrou, klinickým psychologem a peer konzultant<sup>2</sup>. Týmu to umožňuje poskytovat asertivní služby zaměřené na prevenci relapsu onemocnění a předcházení hospitalizacím. CDZ poskytuje dlouhodobou péči zahrnující psychiatrickou a sociální rehabilitaci.

*„Pro nás, jako sociální pracovníky, jsou kolegové zdravotníci velkou oporou. Zejména když u někoho začne nastupovat krize. Daří se nám ji společnými silami v daleko větší míře zvládat u klienta doma, mimo velké psychiatrické nemocnice. Díky propojení sociálních a*

---

<sup>2</sup> V řadě zemí (např. USA, UK, Holandsko) se v posledních 20 letech stalo normou zaměstnávat v týmech poskytujících zdravotní a sociální služby duševně nemocným také pracovníky, kteří mají vlastní osobní zkušenost s duševním onemocněním - tzv. peer konzultanty (PK). PK jsou plně integrovaní členové týmu péče o duševně nemocné, kteří poskytují vysoce individualizované služby a podporují klientovu nezávislost a rozhodování. PK také poskytují základní znalosti a konzultace celému týmu, aby podpořili prostředí, ve kterém jsou názory a preference klienta rozpoznány, pochopeny, respektovány a integrovány do léčby, rehabilitace a svépomocných aktivit. (Projekt ESF - Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné 2012 - 2014)

*zdravotních služeb je možné klienty podpořit mnohem účinněji a nabídnout jim další alternativy při řešení akutních stavů či překonávání překážek, které život s duševním onemocněním přináší“, říká Magdalena Flaksová - vedoucí komunitního týmu v Podskalí.*

*(PRAŽSKÉ FOKUSOVINY č. 23, str. 5, 2016)*

## 2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEHO VLIV NA PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ

Duševní zdraví je nedílnou součástí integrity člověka. Kvalita života, kulturní prostředí, sociální procesy a samotný přístup k životu mají podstatný vliv na duševní zdraví. Stejně jako celková duševní kondice člověka významným způsobem determinuje a ovlivňuje všechny aspekty jeho kvality života. Podle řady vědeckých výstupů a výzkumů je stav péče o duševní zdraví v České republice v některých aspektech horší než u ostatních obyvatel států západní a severní Evropy. (RABOCH, WENIGOVA, 2012)

### 2.1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Pojmy duševní nemoc, duševní porucha, duševní zdraví a normalita patří v oblasti psychiatrické péče k často diskutovaným termínům. Duševní onemocnění je pojem, který zahrnuje diagnosticky širokou škálu psychických onemocnění.

Pojem duševního onemocnění je obsáhlý. „*Jednotlivé duševní nemoci a skupiny příbuzných nemocí se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO)*<sup>3</sup> (používána v ČR od roku 1994) a podle *Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM)*, který vydává Americká psychiatrická asociace (APA)“ (MATOUŠEK, O., 2003, s. 60). Do skupiny lidé s duševním onemocněním lze tedy zařadit ty, jejichž potíže mohou být kódovány prostřednictvím diagnostických kritérií MKN 10 nebo DSM - IV. Koncepce oboru psychiatrie z r. 2003 mezi duševní nemoci zařazuje následující diagnózy.

---

<sup>3</sup> MKN 10 - je rozdělena na 10 částí, ve kterých jsou jednotlivé poruchy zařazovány do skupin podle hlavních společných znaků - F0 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických (F00 - F09), F1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10 - F19), F2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 - F29), F3 Poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30 - 39), F4 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40 - 49), F5 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 - 59), F6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 - 69), F7 Mentální retardace (F70 - 79), F8 Poruchy psychického vývoje (F80 - 89), F9 Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a v adolescenci (F90 - 99).

**(Tabulka č. 1: Klasifikace WHO):**

F00 - F09	Organické duševní poruchy, včetně symptomatických.
F10 - F19	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek.
F.20-29	Schizofrenie, schizofrenické poruchy, poruchy s bludy.
F.30-39	Afektivní poruchy - poruchy nálady (bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha).
F.40-49	Neurózy (neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy).
F.50-59	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory-např. poruchy příjmu potravy.
F.60-69	Poruchy osobnosti.
F.80-89	Poruchy psychického vývoje– specifické vývojové poruchy, pervazivní vývojové poruchy (autismus) atd.
F.90-98?	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci.

Jde o skupinu, jež je vymezena prostřednictvím diagnostických kategorií vytvořených v kontextu zdravotnictví a jejich léčení tedy spadá částečně také do resortu zdravotnictví. Od osmdesátých let je zastánci psychiatrické rehabilitace zdůrazňováno, že duševní nemoc se neprojevuje jen duševním (mentálním) defektem či symptomy, ale projevuje se také značnými sociálními limity, nezpůsobilostmi pro určité činnosti, handicapem v různých oblastech. Dopady jejich potíží se ve velké míře ukazují v oblasti sociální a společenské. Zejména pak jako nezaměstnanost, bezdomovectví, sebevražednost, stigmatizace, společenská izolace, marginalizace.

Potíže lidí s duševním onemocněním nestačí řešit pouze na úrovni péče zdravotnické, nemocniční, ale je třeba zajistit pro ně další komplementární sociální služby. Tito lidé tvoří skupinu, o níž pečují dva systémy. Aby bylo možné poskytovat kvalitní péči, je nutné tyto systémy zkoordinovat. Tuto skupinu také nelze vnímat jednoduše, problémy osob v této skupině jsou heterogenní a každá diagnóza vyžaduje specifický přístup. Některé potřeby však mají stejné. Atributem této skupiny je, že potřebují dlouhodobou, stálou péči a podporu.



Jak jsem uvedla v úvodu své práce, pod pojmem lidé s duševním onemocněním zahrnuji především lidi se zkušeností s psychotickým onemocněním (dále jen psychóza), zejména se schizofrenií, bipolární psychotickou nebo neurotickou poruchou těžšího stupně. Pro tento výběr jsem se rozhodla na základě poznatků z rozhovorů s pracovníky pražských neziskových organizací, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Tyto organizace mají cílovou skupinu definovanou na základě zahraniční literatury a ve zdravotnické praxi je běžně používána kategorie SMI, tedy Serious/severe Mental Illness - závažné duševní onemocnění (jedná se o diagnostické okruhy dle klasifikace WHO - F2, F3, eventuálně F4 a F6, méně často F1).

V současné době žije v České republice zhruba sto tisíc lidí s diagnózou psychóza. Slovo psychóza je odborný lékařský výraz pro skupinu duševních onemocnění, do níž patří především schizofrenie, bipolární porucha (dříve maniodepresivita), dále porucha s bludy a další příbuzné poruchy.

*"Jako psychóza jsou označována taková duševní onemocnění, která mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečné."* (PRAŠKO, 2005, s. 8)

Psychózy jsou závažná duševní onemocnění, z nichž mívají lidé veliký strach. V dnešní době však jsou již přeci jen alespoň u většiny pacientů léčitelná, a dopad na jejich život je tak s pomocí moderní lékařské, psychologické a sociální péče značně omezený.

Závažné duševní onemocnění (SMI) provázejí různorodé symptomy, mnohdy toto onemocnění vede k narušení sociálních, komunikačních a kognitivních funkcí (LIBERMAN, 1999). Vážné duševní nemoci jsou doprovázeny dlouhodobými nebo opakovanými hospitalizacemi, klienti trvale užívají psychofarmaka, která mají kromě pozitivních účinků řadu vedlejších negativních projevů.

Kombinace vlivu onemocnění, vedlejších účinků léků a sociálního dopadu nemoci se objevuje v podobě ztráty motivace, důvěry, **vztahu k práci**, schopnosti řešit běžné situace a problémů v mezilidských vztazích. Duševní nemoc tedy člověku bere či omezuje mnoho základních dovedností, které jsou pro existenci v běžné společnosti nezbytné. Důsledkem může být **pokles pracovního výkonu**, pasivita a ochuzení zájmů. **Lidé s duševním onemocněním často selhávají na běžném trhu práce i v sociálních vztazích.** Tím

dochází k dalšímu snížení sebevědomí, ztrátě motivace a zesílení příznaků dlouhodobé nemoci. Z toho důvodu je pro jejich léčbu nezbytný integrativní přístup, který zahrnuje jak hospitalizaci, tak návaznou rehabilitační péči. (KALINA, 2001)

Snad jistá tajemnost, která dlouhodobé duševní onemocnění obestírá, je důvodem, že je psychické onemocnění společností prokazatelně hůře přijímáno nežli onemocnění somatické. Avšak péče a přístup k dlouhodobě duševně nemocným v posledních letech výrazně změnila svoji podobu. Podle vzorů přebíraných ze zahraničí se u nás postupně rozvíjí oblast návazné komunitní péče, která se snaží o opětovné zařazení lidí s duševním onemocněním do společnosti.

***Vyprávění Ládi:** " To, co jsem zažil v psychóze, nejde srovnat vůbec s ničím. Je to jiné než zážitek s drogami, které jsem před lety bral. To hlavně proto, že vše, co jsem v psychóze prožíval, jsem pokládal za naprosto pravdivé. Vůbec mě nenapadlo o tom pochybovat, i když mi všichni dávali najevo, že pravdu nemám. Byl jsem přesvědčen, že se proti mně všichni spikli nebo že jsou tupí. Nikomu jsem nevěřil. Ani rodině, ani doktorům. Je to zvláštní, protože běžně v životě jsem schopen odstupe od toho, co prožívám, ale v psychóze mě moje prožitky úplně pohltily." (PRAŠKO, 2005, s. 9-10)*

### **2.1.1 Dopady duševního onemocnění**

Duševní nemoci ovlivňují celou řadu oblastí. Odhaduje se, že náklady související s duševními nemocemi činí 3 % - 4 % z HDP. Především v důsledku ztráty produktivity. Duševní onemocnění je rovněž nejčastější příčinou předčasných odchodů do starobního důchodu a invalidních důchodů. Poruchy jednání a chování představují náklady pro sociální, vzdělávací, jakož i trestní a soudní systém. Další nehmotné náklady souvisejí se způsobem, jak se společnost chová k lidem s duševním onemocněním. Navzdory zlepšení možností léčby a pozitivnímu vývoji v oblasti psychiatrické péče se lidé s duševním onemocněním střetávají i nadále s vyloučením ze společnosti, stigmatizací, diskriminací nebo nedodržováním základních lidských práv a nerespektováním jejich důstojnosti. (WITTCHEN, JACOBI, 2005)

Podle Zelené knihy (2005) se dopady duševního onemocnění dělí do tří skupin. Na dopady individuální, sociální a ekonomické. **Individuální dopady** mají značný vliv na život celé společnosti. Odhaduje se, že v časovém rozmezí jednoho roku trpí alespoň jednou z duševních poruch 27 % dospělých Evropanů. Tím duševní nemoci ovlivňují

jednoho ze 4 občanů a při nedostatečně kvalitním systému péče mohou vést k sebevraždám.

Jako **sociální dopady** popisuje Zelená kniha (2005) to, jak duševní nemoci způsobují značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu, jakož i trestnímu a soudnímu systému a jsou pro tyto systémy zátěží. Stále existuje stigmatizace, diskriminace, nedodržování lidských práv a nerespektování důstojnosti lidí s duševním onemocněním.

**Ekonomické dopady** souvisejí s náklady na léčbu. Tyto náklady činí zhruba 3-4 % HDP. Dalším ekonomickým dopadem je fakt, že duševní onemocnění je nejčastější příčinou odchodu do invalidního důchodu. Kvalitní služby a péče mohou snížit dobu hospitalizace a uvolnit hospodářské zdroje na jiné účely.

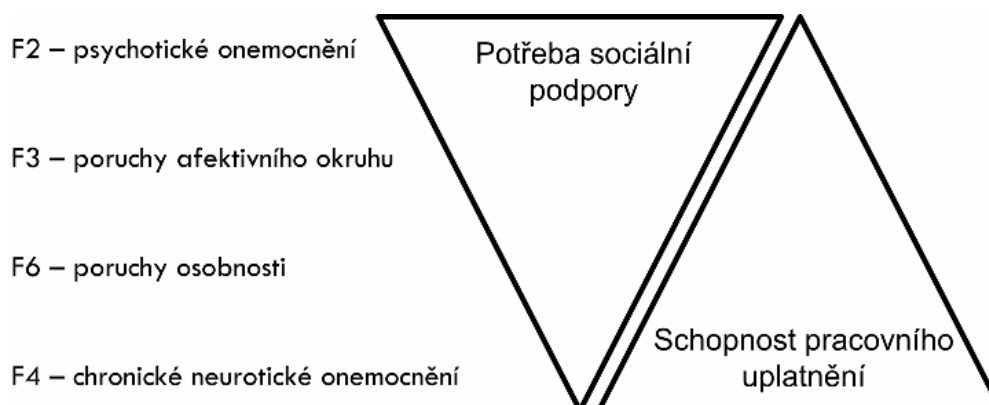
## 2.2 VLIV DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ NA PRACOVNÍ SCHOPNOST JEDINCE

Práce je důležitou součástí života každého člověka. Hraje významnou roli při vytváření pocitu vlastní sebehodnoty. Dává smysl života a lidé se jejím prostřednictvím stávají členy společnosti. Zaměstnání je tedy jednou ze základních součástí sociálních vztahů, které vznikají neuměle a nenásilně. Napomáhá komunikaci s okolím a dostává člověka do jedinečného vztahu s ním. V práci dochází k osvojování si nových sociálních rolí. Pracovní aktivita rozvíjí myšlení, talent a schopnosti jedince a umožňuje člověku získat finanční zdroje pro seberealizaci.

Ačkoliv je práce základním lidským právem, šanci nalézt vhodné zaměstnání nemají všichni lidé stejnou. Ve společnosti tradičně dochází k oddělování lidí “práce schopných” od lidí, kteří jsou “práce neschopní”. Přejít mezi pojmy “práce schopný” a “práce neschopný” je často umělé. Bývá odrazem schopnosti a vůle společnosti poskytovat služby, postojem k cílové skupině a reflexí názoru trhu. Skutečné schopnosti člověka jako by nebyly důležité (SUPPORTED EMPLOYMENT IN NORWAY, 2004).

Pokud je prvořadá pozornost věnovaná možnostem člověka, nikoliv jeho omezením, je zřejmé, že se lidé s postižením mohou podílet na řadě prací. Mnozí však k tomu potřebují určitou míru a formu podpory. Duševní onemocnění ovlivňuje způsobilost člověka k plnění rolí a funkcí nejen v práci, ale i ve společnosti. Záleží na míře a rozsahu funkčního postižení u nemocného, které jsou různé. Rozsah a míra funkčního postižení se mění v průběhu léčby, terapie. Změnu ovlivňuje řada faktorů: osobnost člověka, který se léčí, míra jeho motivace, míra podpory, kterou dostává od svého okolí, dostupnost rehabilitačních služeb apod.

Na obrázku<sup>4</sup> je graficky zobrazena míra schopnosti lidí s daným duševním onemocněním uplatnit se na trhu práce a míra potřeby sociální podpory a pomoci.



Jak jsem se již zmínila dříve, vážné duševní onemocnění negativně ovlivňuje fungování jedince v řadě aspektů, jako jsou ztráta vůle a motivace, sociální stažení a ochuzení citového prožívání, porucha koncentrace a snížení adaptačních schopností. Důsledkem může být pokles pracovního výkonu, pasivita a ochuzení zájmů. Lidé s duševním onemocněním často selhávají na běžném trhu práce i v sociálních vztazích. Tím dochází k dalšímu snížení sebevědomí, ztrátě motivace a zesílení příznaků dlouhodobé nemoci. Lidé s duševním onemocněním velmi obtížně nacházejí uplatnění na otevřeném trhu práce.

Dle Libermana (1988) s sebou duševní onemocnění přináší řadu potíží, které negativně ovlivňují fungování v zaměstnání. Pracovní problémy často souvisí s:

- nesamostatností a malou motivací k činnosti,
- užíváním psychiatrické medikace,
- sníženou důvěrou v okolí,
- problémy s vytvářením a udržováním mezilidských vztahů,
- problematickým interpersonálním chováním na pracovišti,
- stigmatizující přítomností psychiatrické nemoci,
- nedostatkem pracovních zkušeností v minulosti.

Obtíže v pracovní oblasti mohou vyústit v částečnou či úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Někdy je tato ztráta trvalá, někdy dočasná. Dopady duševního onemocnění na

<sup>4</sup> Upravený obrázek 1-Schopnost pracovního uplatnění a potřeba sociální podpory osob s duševním onemocněním Zdroj: Studie sektoru nestátních neziskových organizací v pardubickém kraji (svazek II), Kapitola šestá - Osoby duševně nemocné, 2006

pracovní uplatnění se liší dle typu a závažnosti onemocnění. Výsledkem onemocnění mohou být různá pracovní omezení.

Nízká zaměstnanost lidí s duševním onemocněním může být přisuzována mnoha různým příčinám. Existuje velké množství důvodů, proč tito lidé nemají placenou práci. Tyto důvody bývají nazývány jako bariéry v pracovním uplatnění.

### **2.2.1 Bariéry v pracovním uplatnění lidí s duševním onemocněním**

Tyto bariéry různí autoři člení různě. Například Waghom, Lloyd (2005) člení bariéry na přímé a nepřímé. **Přímé bariéry** v pracovním uplatnění dle autorů mohou vyplývat z pozitivních a negativních symptomů psychózy, z vedlejších účinků antipsychotik, antidepresiv nebo následného snížení sociálních dovedností, nedostatku sebedůvěry apod. **Nepřímé bariéry** mohou vyplývat z negativních zkušeností, ze stigmatizace a nepřímé diskriminace. Nebo z načasování počátku onemocnění, které může přerušit dokončení vzdělání nebo přechod ze školy do zaměstnání či získání důležitých pracovních zkušeností.

Michon a Weeghel (1999) dělí bariéry na vnější a vnitřní. (In MATRA-III, 2004). **Vnitřní bariéry** souvisí se samotnými následky duševního onemocnění, která mohou být bariérou (CARLOS, KENNETH, NORA, MELISSA, 2006). Mnoho lidí s vážným duševním onemocněním má potíže s pamětí, koncentrací, organizováním, mezilidskými interakcemi i s nedostatkem pracovních zkušeností, nedokončeným vzděláním, postojem k práci a motivací k vyhledávání podpory v oblasti práce a žijí v obavě ze ztráty finančního zabezpečení (v podobě invalidního důchodu). **Vnější bariéry** souvisí s nízkým očekáváním ze strany profesionálů, se stigmatizací, diskriminací a předsudky vůči lidem s duševním onemocněním. Dále pak s demotivujícím vlivem systému finanční podpory (systém sociálního zabezpečení), nedostupností pracovně rehabilitačních programů, situací na trhu práce, politikou pracovní integrace a personální politikou zaměřenou na zisk.

#### **2.2.1.1 Invalidizace**

**Pro dlouhodobě duševně nemocné se nemožnost či neschopnost pracovat stává velmi zřetelným a citlivým znevýhodněním, které vrcholí invalidizací.** Přiznání invalidního důchodu dává sice duševně nemocným lidem určitou míru sociální jistoty, ale na druhé straně je stigmatizuje vyloučením z pracovního prostředí, tudíž vyloučením z běžné společnosti.

Invalidita<sup>5</sup> jakožto pojem i jako sociální událost s sebou přináší některé problematické aspekty. Dle materiálu Analýza typové a místní dostupnosti služeb sociální péče pro občany se zdravotním postižením v hl. m. Praze je chápání invalidity rozdílné. Závisí na mnoha aspektech, ať již se jedná o osobní zkušenost, vzdělání, kulturní zvyklosti či historické kořeny péče o invalidní občany. Invalidita je navíc určitou skupinou lidí vnímána jako stigma, které znemožňuje běžný život, co se týče pracovního či společenského uplatnění. *"Lze tedy vysledovat jakési kontinuum, kdy na jednom pólu lze nalézt osoby, které splňují předpoklady pro přiznání plného či částečného invalidního důchodu, ale tento odmítají nárokovat, a na druhém pólu se pak vyskytují ti, kteří přestože podmínky na přiznání částečného či plného invalidního důchodu de facto nesplňují, snaží se tento získat a často i získají"*. (ANALÝZA V HL. M. PRAZE, 2006, s. 5)

Invalidní důchod a minimální možnost nalezení si vhodného pracovního místa velkou měrou přispívá k existenčním problémům, se kterými se lidé s dlouhodobým duševním onemocněním nezdávka potýkají. Proto je snaha o pracovní a sociální rehabilitaci, nejlépe směřující k trvalému zaměstnání, důležitou součástí péče o dlouhodobě duševně nemocné.

#### 2.2.1.2 Mýty o duševním onemocnění a pracovním procesu

Všechny úspěšné programy opětovného začlenění lidí s duševním onemocněním do zaměstnání musí řešit problém jejich stigmatizace. Světový den pro duševní zdraví je pravděpodobně nejvýznamnější každoroční událostí, která se koná na celém světě a zvyšuje informovanost o stigmatizaci uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví nejenom v pracovní oblasti, ale ve všech aspektech života ve společnosti.

Následující mýty mají dopad na vnímání duševního onemocnění v pracovním procesu. Tyto mýty jsou rozšířené na celém světě, v každé zemi. Zde uvádím několik z nejčastějších mýtů:

##### **Mýtus: Duševní onemocnění je totéž jako mentální postižení**

**Fakt:** Jedná se o dvě naprosto odlišné věci. Mentální postižení není nemoc a nedá se léčit – je to trvalý stav, který se projevuje sníženou úrovní rozumových schopností (IQ

<sup>5</sup> Invalidita je pojem interdisciplinárního charakteru, je jednou ze sociálních událostí. Z právního hlediska se rozlišují tři typy invalidity způsobené zdravotním stavem: invalidita fyzická, invalidita profesionální, invalidita všeobecná. Fyzická invalidita znamená poškození tělesných nebo duševních schopností způsobené trvalým chorobným stavem nebo zraněním, které omezuje jedince ve srovnání se zdravými; důraz je kladen na hledisko snížených, respektive vymizelých fyziologických vlastností člověka, je vyzdvížen druh a stupeň zdravotního postižení. S tímto termínem je možné se setkat v souvislosti s důchodovým pojištěním. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění a navazující právní předpisy, definuje pojmy „částečná invalidní osoba“ a „invalidní osoba“. (ANALÝZA TYPOVÉ A MÍSTNÍ DOSTUPNOSTI SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE PRO OBČANY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V HL. M. PRAZE, 2006, s. 5)

nižší než 70). Naproti tomu duševní onemocnění je nemoc, dá se léčit a v některých případech i zcela vyléčit. Nepostihuje intelekt člověka. Lidé s duševním onemocněním mají běžně vysokoškolské nebo středoškolské vzdělání. Některé příznaky nemoci a vedlejší účinky léků spojených s léčbou duševního onemocnění ale mohou mít vliv například na schopnost soustředění.

**Mýtus: Z duševní nemoci se nelze uzdravit.**

**Fakt:** Dlouhodobé studie ukazují, že léčba většiny lidí s duševním onemocněním prokazuje skutečné zlepšení stavu nemocných. Existuje řada léčebných metod a podpůrných opatření, které umožňují mnoha lidem s duševním onemocněním úspěšně fungovat v jejich soukromém a pracovním životě.

**Mýtus: Duševně nemocní mohou být nebezpeční nebo agresivní.**

**Fakt:** Tento předsudek je posilován médii, která informují o lidech s duševní nemocí jako o násilnících. Ve většině případů však nejsou tyto lidé agresivnější nebo nebezpečnější než ostatní. Výzkumy ukazují, že pouze 3–5 % všech násilných činů je spácháno lidmi s vážnou duševní nemocí. Ve skutečnosti mají lidé s duševním onemocněním přibližně desetkrát vyšší pravděpodobnost, že se stanou obětí násilného trestného činu, než lidé z běžné populace.

**Mýtus: Lidé s duševním onemocněním nemohou pracovat a nepracují.**

**Fakt:** Lidé s duševním onemocněním mohou být úspěšní napříč celým spektrem pracovních míst, stejně jako lidé zdraví. Pro depresi, tedy chorobně smutnou náladu, se léčili např. Jim Carrey, Harrison Ford, Elton John nebo Ota Pavel. Pro schizofrenii byl opakovaně hospitalizován např. nositel Nobelovy ceny za ekonomii z roku 1994 John Nash či básník a překladatel Ivan Blatný.

**Mýtus: Pokud člověk potřebuje pomoc, aby získal zaměstnání, není připraven pracovat.**

**Fakt:** Žádost o pomoc je projevem zdraví, nikoli nemoci. Profesionálové nejsou určeni k tomu, aby za člověka s duševním onemocněním pracovali, ale aby mu pomohli zorientovat se na trhu práce, ukázali mu možnosti, podpořili rozvoj jeho dovedností souvisejících s prací a zprostředkovali další užitečné kontakty.

**Mýtus: Přítomnost člověka s duševním onemocněním negativně ovlivní vztahy na pracovišti.**

**Fakt:** Tato situace může v praxi nastat, pokud není pracovní kolektiv předem dostatečně informován, nebo z jiných důvodů nepřijme osobu s postižením. Především

pokud je člověk s postižením příjemcem invalidního důchodu, je vhodné neformálně vysvětlit podřízeným či spolupracovníkům, že důchod slouží ke kompenzaci osobních problémů a potřeb, které s sebou duševní onemocnění přináší (i když tyto potřeby nemusí být na první pohled zřejmé).

**Mýtus: Pokud jednou zaměstnáám člověka s duševním onemocněním (resp. s jakýmkoli postižením), je problém jej propustit.**

**Fakt:** Jedná se o typický předsudek – zákoník práce už mnoho let neobsahuje žádná ustanovení o zvláštní ochraně osob se zdravotním postižením v pracovně právních vztazích.

(BROŽURA PRO ZAMĚSTNAVATELE - PARALELNÍ ŽIVOTY)

## 2.3 REHABILITACE LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Psychiatrická (psychosociální) rehabilitace v současné době zahrnuje mnoho metod, které usilují o zlepšení života psychosociálně zranitelných lidí a o jejich větší zapojení do společnosti. Je významnou součástí komplexní péče v oblasti služeb pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním (WILKEN, 2013). Především s procesem deinstitucionalizace a rozvojem komunitního podpůrného systému v osmdesátých letech 20. století nabyla rehabilitace na významu. Komunitní péče dala vzniknout širokému poli různých forem psychiatrické a sociální rehabilitace.

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti lidí se znevýhodněním. Tyto činnosti zahrnují rozvoj klientových specifických schopností a dovedností posilováním návyků a nácvik výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem. K tomu využívá zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí klienta. (MATOUŠEK, 2013) Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb na základě Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

### 2.3.1 Psychiatrická (psychosociální) rehabilitace

Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, postižení a zdraví (International Classification of Functioning, Disability and Health) definuje psychiatrickou nebo také psychosociální rehabilitaci jako samostatný systém, který po akutně diagnostickém



léčebném počátku onemocnění, pokud zůstávají rezidua a hrozí případně trvalé následky, pomáhá dosáhnout pomocí léčebných, sociálních, pracovních a pedagogicko-výchovných prostředků co největší stupeň funkční nezávislosti. (PFEIFFER, 2002) Probstová však vidí rehabilitaci jako jeden z prvků komunitního podpůrného systému. Jeho nedílnou součástí jsou dále léčebné aktivity, psychoedukace, zdravotní a sociální zabezpečení, podpora rodinných příslušníků, svépomocné aktivity uživatelů a v neposlední řadě související legislativa. (PROBSTOVÁ, 2003)

Podle Anthonyho, Cohena a Farkase je primárním cílem psychiatrické rehabilitace napomoci lidem zvýšit jejich způsobilost k zapojení se do běžného fungování tak, že jsou tyto lidé více úspěšní a spokojení v prostředí umožňujícím vlastní volbu, s minimálním počtem profesionálních intervencí. Psychiatrická rehabilitace zahrnuje aktivity, které napomáhají lidem s duševním onemocněním úspěšně a spokojeně žít v prostředí, které si sami zvolí. (ANTHONY, COHEN, FARKAS, 1994) Cílem rehabilitace je tedy vrátit uživatele do běžného života a udržet ho v něm. Pomáhá klientům vytvořit si schopnost pracovat, získat smysl pro povinnost, schopnost jednat s lidmi, zlepšit sociální dovednosti, posílit sebedůvěru, motivaci a v neposlední řadě pomáhá naplňovat volný čas. (KALINA, 2001)

Důležité a řekla bych, že nejpodstatnější, je aktivní zapojení klienta do procesu rehabilitace. Což znamená, že jsou využity myšlenky, hodnoty, zkušenosti, pocity a cíle klienta. Technikami rehabilitace jsou nácvik dovedností a rozvoj zdrojů podpory uživatele.

Průběh psychiatrické rehabilitace je v literatuře (ANTHONY, COHEN, FARKAS, 1994) členěn do několika fází. V rámci **diagnostické fáze** se zjišťují potřebné informace pro vytvoření rehabilitačního plánu. Jedná se o popis současných klientových schopností a dovedností v prostředí, které si sám vybral. Součástí této fáze je také mapování klientova okolí, tedy kdo a jak by mohl klientovi v dosahování jeho rehabilitačních cílů pomoci. Cíle, kterých chce klient v rámci rehabilitace dosáhnout, vyplynou z rehabilitačních plánů.

Úkolem **plánovací fáze** je vytyčit ty cíle, v nichž je potřeba klientovi poskytnout podporu. Cíl je potom rozpracován do dílčích cílů a je stanovena konkrétní forma pomoci pro dosažení tohoto cíle a také osoba, která tuto pomoc klientovi poskytne. Stanovení plánu probíhá vždy za aktivní spolupráce klienta. Rehabilitační plán zpravidla nezůstává rigidní, naopak se flexibilně přizpůsobuje aktuálním potřebám člověka.

Cílem poslední, **intervenční fáze** je plnění předem stanoveného plánu. Jedná se především o nácvik nových či těžko zvladatelných dovedností, popřípadě o zefektivnění stávajících schopností.

Psychiatrickou (psychosociální) rehabilitaci je možné ještě doplnit **fází hodnocení**, kterou však autoři neuvádějí. Obsahem této fáze je průběžně posuzovat, jestli byly cíle dobře naformulovány, zda se je daří plnit, co bylo rozhodující pro jejich dosažení, s čím byly problémy nebo co naopak zabránilo naplnění stanovených cílů. (ANTHONY, COHEN, FARKAS, 1994)

### **2.3.2 Pracovní rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním**

Pracovní rehabilitace je součástí systému komunitní péče o duševně nemocné. Pracovní rehabilitace komplexně odpovídá na rehabilitační potřeby lidí s duševním onemocněním. Přivádí je do co nejvíce přirozeného sociálního prostředí, v němž lidé komunikují, respektují strukturu a povinnosti a panuje zde jistá hierarchie úkolů i pracovníků.

Definice pracovní rehabilitace je rozlišována z hlediska pomáhajícího profesionála a z hlediska klienta. „Z hlediska profesionála je pracovní rehabilitace složena ze všech aktivit, které směřují k uzdravě, k udržení a dalšímu rozvoji pracovních kompetencí klienta ve všech pracovních situacích.“ (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009, s. 11) Z hlediska klienta je pracovní rehabilitace podpůrným procesem, který napomáhá k výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání.

V pracovních rehabilitačních programech se počítá s tím, že klient následkem svého onemocnění dlouho nepracoval, a došlo tím ke ztrátě mnoha pracovních dovedností (ráno včas vstát, obléci se, odcestovat do práce, splnit pracovní úkoly, dodržovat přestávky apod.). Zároveň se počítá i s tím, že klient ještě nikdy nepracoval, a tudíž nemá žádnou pracovní zkušenost nebo že v práci opakovaně selhával. Podstatou pracovní rehabilitace je to, že probíhá za podpory odborníků – sociálních pracovníků, socioterapeutů. Intenzita této podpory je v různých etapách pracovní rehabilitace různá.

I když se někdy zdá naprosto nereálné, aby člověk s duševním onemocněním uspěl na trhu práce, není pracovní rehabilitace beze smyslu. Překážky, které brání návratu klienta do běžného zaměstnání, nejsou definitivní a neměnné. Klient, který není aktuálně schopen uspět na otevřeném trhu práce, se může velmi dobře uplatnit v podmínkách ne zcela běžných, ale přizpůsobených jeho možnostem a schopnostem (NOVÁK, 1999).

### **2.3.3 Typy pracovní rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním**

V souvislosti s pracovní rehabilitací jde o programy rozvíjející a obnovující zejména pracovní dovednosti klientů. Takové programy mohou zahrnovat následující nabídku služeb:

Pracovní terapie v psychiatrických léčebnách a nemocnicích.

Sociálně - terapeutické dílny, případně chráněné dílny.

Chráněné dílny.

Chráněné pracovní místo.

Přechodné zaměstnávání.

Tréninková pracovní místa.

Podporované zaměstnání.

Podpůrné edukativní programy (Job kluby).

#### **2.3.3.1 Pracovní terapie v psychiatrických léčebnách a nemocnicích**

Pracovní terapie v rámci léčení a nemocnic je standardní součástí léčebného procesu. Zřídka se však daří, aby byla koordinovaná vzhledem k individuální situaci pacienta. Cílem je aktivizace pacientů a naplnění volného času v průběhu hospitalizace. Zpravidla se jedná o výtvarné a drobné rukodělné práce, práci na zahradě nebo se zvířaty. (BROUKALOVÁ, 2003)

Jak jsem poznala v praxi, jejím cílem je zkrátit období, kdy je pacient v roli nemocného na nejkratší možnou dobu. Mezi další cíle pracovní terapie patří poskytnutí prostoru pro činnost, která má jasně definovaná pravidla a na jejímž základě má pacient možnost zažít pocit úspěchu a seberealizace. Při pracovní terapii se zpravidla nejedná o reálnou práci, ale spíše o simulaci, neboť jak je výše uvedeno, cílem je optimální příprava pacienta na dobu po propuštění. Pacient se může připravit na následnou pracovní rehabilitaci a je lépe připraven na reálný svět za zdmi zařízení.

#### **2.3.3.2 Sociálně - terapeutické dílny**

Sociálně – terapeutické dílny jsou poměrně mladou sociální službou, kterou Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 67 ve znění pozdějších předpisů a dle Vyhlášky č. 505/2006 Sb. definuje jako: „*ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora*

*zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.“ (§ 67, ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH)*

Sociálně terapeutické dílny umožňují lidem se znevýhodněním bezpečně rozvíjet svůj potenciál v pracovní oblasti. Současně představují další stupeň pracovní rehabilitace směrem k následným úrovním, a to na chráněný nebo otevřený trh práce. To platí pro ty klienty sociálně terapeutických dílen, jejichž pracovní potenciál není z různých důvodů limitovaný do té míry, že by jim znemožňoval uplatnit se na chráněném nebo pak i otevřeném trhu práce, udržet se na něm a obstát. Ale potřebují pro získání sebedůvěry a procvičení svých schopností a dovedností tento typ pracovní rehabilitace.

Pro ty klienty, kteří nemohou postoupit na další úroveň, mohou sociálně terapeutické dílny představovat prostor, kde lze smysluplně provozovat pracovní činnosti, které sice neuplatní ani na chráněném nebo na otevřeném trhu práce, avšak umožňují jistou seberealizaci v rámci maximální možné aktivace pracovního potenciálu člověka.

### **2.3.3.3 Chráněné dílny**

Od tohoto typu se v roce 2012<sup>6</sup> upustilo. Chráněné pracovní dílny byly institutem, který byl v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením využíván řadu let. Praxe však ukázala, že se jednalo o formu podpory zaměstnavatelů zaměstnávajících osoby se zdravotním postižením, která byla téměř totožná s podporou chráněného pracovního místa, a navíc administrativně náročná co se týká zjišťování průměrných přepočtených počtů zaměstnanců pro splnění podmínky zaměstnávání nejméně 60 % osob se zdravotním postižením. Chráněné dílny byly nejčastěji zřizovány pro lidi s duševním onemocněním a lidi s mentálním postižením. Tato rehabilitace byla nejčastěji uskutečňována v denních stacionářích, léčebnách a ústavních zařízeních. Tento typ pracovního uplatnění navazoval na další péči, především chráněné pracovní místo, přechodné a podporované zaměstnání.

Chráněné dílny byly formálně definovány jako nezdravotnická zařízení, která slouží k zaměstnávání občanů se změněnou pracovní schopností. Pracovníci v chráněných dílnách měli uzavřenu pracovní smlouvu, tudíž všechna práva a povinnosti vyplývají ze zákoníku práce. Tento typ rehabilitace byl určen především klientům s těžší poruchou, kteří nejsou schopni samostatného fungování v běžných podmínkách a kteří potřebují intenzivní, neustálou podporu terapeuta.

---

<sup>6</sup> Od 1. 1. 2012 český právní řád institut chráněné dílny již nezná. K této změně došlo novelizací zákona o zaměstnanosti zákonem č. 367/2011 Sb., a to z důvodu praktického překrývání institutu chráněné dílny s institutem chráněného pracovního místa (který zůstal v zákoně o zaměstnanosti zachován doposud).

Nevýhodou chráněných dílen byl fakt, že se klienti nesetkávali se zdravou populací. Mnohdy nebyval pobyt klienta v chráněné dílně časově omezený, což vedlo k jisté stagnaci jeho schopností a dovedností. Proto se v poslední době od provozování chráněných dílen upustilo, dílny jsou nahrazovány více komunitně zaměřenými pracovními programy, které se soustředí na podporu klienta přímo v jeho zaměstnání.

Po změně legislativy se finanční podpora chráněných dílen ze strany státu velice snížila a pro provozovatele chráněných dílen již nebylo možné tyto dílny v konkurenčním a komerčním prostředí udržet. Navíc každé další rozšíření chráněné pracovní dílny bylo možné jedině prostřednictvím vytvoření nových chráněných pracovních míst.

#### **2.3.3.4 Chráněné pracovní místo**

Specifické znaky chráněného pracovního místa jsou legislativně zakotveny v Zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Dle současné právní úpravy tak zaměstnavatel může vytvořit chráněné pracovní místo, kterým je dle § 75/1 zákona o zaměstnanosti pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu tří let. Následně pak není vyloučeno ani čerpání příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném pracovním místě (§ 78 ZÁKONA O ZAMĚSTNANOSTI).

Nejedná se tedy o typickou sociální službu, ale přesto nabízí práci v chráněných podmínkách. Toto pracovní místo je v současné době často zřizováno v organizacích, které musely z legislativních důvodů zrušit chráněné dílny a měly velký počet nezaměstnaných klientů. Jde o pracovní místo, kde je cílem umožnit získat či prohloubit klientovy pracovní dovednosti a návyky v chráněných podmínkách, s důrazem na procvičování samostatnosti a odpovědnosti v práci, a příprava na práci v běžných či ještě méně chráněných podmínkách.

#### **2.3.3.5 Přechodné zaměstnávání**

Tento program je časově omezený a umožňuje lidem, kteří pro své znevýhodnění nejsou dočasně schopni obstát v běžném zaměstnání bez cizí pomoci a potřebují nácvik sociálních dovedností potřebných k získání zaměstnání a udržení se v něm, vyzkoušet práci na volném pracovním trhu, a to za pomoci pracovníka služby. V rámci tohoto

rehabilitačního programu jsou klienti umísťováni na běžná pracovní místa v malých i velkých firmách, kde není nutná odborná praxe. Práci vykonávají za podmínek, které odpovídají jejich zdravotnímu stavu. V našich podmínkách má spíš motivační charakter. Cílem rehabilitace je, aby si klienti vybudovali vlastní schopnost pracovat, smysl pro povinnost a aby znovu nabyli sebedůvěry v souvislosti s prací na volném trhu práce.

Sociální pracovník, který si pracovní místo osobně vyzkoušel, poskytuje klientovi nezbytný trénink a podporu v práci. Podpora je individuální, vychází z aktuálních potřeb klienta. Obvykle trvá šest měsíců až jeden rok, klienti pracují na zkrácený pracovní úvazek a pracovní místa nevyžadují žádnou zvláštní pracovní kvalifikaci. *„Přechodné zaměstnávání slouží ke znovunabytí schopnosti pracovat, vytvoření smyslu pro povinnost a posílení sebedůvěry.“* (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009, s. 120 )

### **2.3.3.6 Tréninková pracovní místa**

Tréninkové místo vzniká bez dohody s úřadem práce. Jedná se o speciálně vytvořené pracovní místo pro OZP, které slouží jako mezistupeň mezi rehabilitační péčí a návratem na volný pracovní trh. Toto pracovní místo umožňuje trénink pracovních a sociálních dovedností zpravidla v méně chráněných podmínkách, kde klienti přicházejí do kontaktu s veřejností.

Tréninkové pracovní místo je služba umožňující znevýhodněným lidem získat potřebné pracovní i teoretické dovednosti a návyky a připravit je na jejich budoucí zaměstnání na otevřeném pracovním trhu. Vychází z individuálních potřeb uchazečů o práci a z jejich představ o vlastním pracovním uplatnění. Zaměřuje se na rozvoj pracovní kariéry uchazečů, které vede k aktivnímu přístupu k vlastnímu pracovnímu uplatnění. Cílem je zvýšit tak dovednosti osob se znevýhodněním při zapojení do pracovní – tréninkového programu. Cílem služby je připravit klienta na práci na otevřeném pracovním trhu.

*"Pracovní trénink v kavárnách probíhá tak, že člověk má směny, pracuje a po každé směně následuje krátká pracovní schůzka, kde se hned shrne den, ten člověk dostane reflexi na svou práci, co se dařilo, co by případně mělo být jinak, na čem zapracovat. Zároveň má možnost využít konzultací i mimo pracovní dobu, tyto konzultace probíhají zhruba jednou za tři týdny, příp. podle potřeby klienta."* (DIAGNÓZA F - rozhovor s příjmovou terapeutkou)

### 2.3.3.7 Podporované zaměstnání

Tento program pracovní rehabilitace probíhá v podmínkách volného pracovního trhu za kontinuální podpory konzultanta (případně i asistenta) podporovaného zaměstnání. V současné době je jedním z nejpoužívanějších typů pracovní rehabilitace.

Služba se především snaží o zvýšení míry samostatnosti uživatelů služby. Zásadou je poskytnutí důvěry ve schopnosti a dovednosti k získání i udržení si zaměstnání, které si klienti sami zvolili, za současného posílení jejich pracovních návyků a motivace k dalšímu profesnímu rozvoji.

Tento model sice nabízí široké spektrum možného profesního uplatnění, nicméně stále sehraává roli neochota současných zaměstnavatelů přijímat pracovníky se znevýhodněním. Stigmatizující postoje jsou navíc o dost výraznější zvláště ke skupině osob s duševním onemocněním. Konzultant provádí podporu jak pro klienta, tak i pro zaměstnavatele. Proces podporovaného zaměstnání začíná hodnocením pracovní kapacity klienta, následuje vyhledávání a získání místa na volném pracovním trhu a dále intervence vedoucí k jeho udržení. Základním principem tohoto programu je rychlé nalezení pracovního místa na volném pracovním trhu a důraz na pozornost preferencí klientů. Více o programu podporovaného zaměstnávání uvedu v následující kapitole.

Tento program podpory zaměstnávání je poskytován dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v rámci sociální rehabilitace.

### 2.3.3.8 Podpůrné edukativní programy

Podpůrné edukativní programy jsou určeny lidem, kteří pro své zdravotní omezení potřebují pomoc při hledání zaměstnání. Pro tento typ programu je velmi často užíván termín „job klub“. *„Program job klubu v teorii i praxi učí, jak a kde hledat zaměstnání, seznamuje s právy a povinnostmi uchazeče o zaměstnání a následně zaměstnance. Dává praktické rady, jak obstat v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání, například životopis, inzerát, pohovor, první den v zaměstnání.“* (PEČ, PROBSTOVÁ, 2009, s. 121 )

### 2.3.3.9 Sociální firma

Sociální firma je svým způsobem specifickou službou neboť neposkytuje pracovní rehabilitaci jako takovou, ale umožňuje zaměstnávání lidí se znevýhodněním.

Sociální firma je podnikatelský subjekt, který vytváří pracovní příležitosti pro klienty, kteří jsou znevýhodněni na volném pracovním trhu, a k práci jim poskytuje pracovní a psychosociální podporu. Jedná se o minimální stupeň chráněných pracovních podmínek, který je vhodný pro klienty, kteří jsou ve stabilizovaném psychickém stavu. Nejedná se tedy o program pracovní rehabilitace, ale nabídka zaměstnání v sociální firmě může být jako forma pracovní rehabilitace využita. (SOCIÁLNÍ FIRMA, 2007)

Sociální firma poskytuje placenou pracovní příležitost zpravidla v malých, komunitně orientovaných firmách. Cílem sociální firmy je mít natolik dostatečný zisk, aby obstála v komerční konkurenci a platila zaměstnancům tržní platy. Výhodou je, že firma poskytuje klientům zaměstnání, čímž výrazně posiluje jejich status a vyšší finanční ohodnocení, než výše zmíněné typy pracovní rehabilitace. Na druhé straně je provoz sociální firmy manažersky velmi náročný, je potřeba poměrně velkého vstupního kapitálu. V České republice zatím nejsou velké zkušenosti. (SOCIÁLNÍ FIRMA, 2007)



### 3 PROGRAM PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ

Sociální služby pro lidi se zdravotním postižením, včetně služeb zaměstnanosti, prošly v uplynulých více než padesáti letech ve vyspělých demokratických zemích významnými změnami. Společným jmenovatelem těchto změn byla snaha zabránit sociálnímu vyloučení zranitelných skupin obyvatelstva, a to ve všech sférách života společnosti. Boj se sociálním vyloučením ve světě práce patří mezi ty nejobtížnější a byly pro něj zavedeny rozmanité, více či méně účinné nástroje. Pro podrobnou deskripci programu podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním vycházím z vlastní dlouholeté praxe a z materiálů na kterých jsem, v rámci zavádění programu podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním ve Fokusu Praha, spolupracovala. Zejména z podkladů pracovní skupiny pro vznik metodiky PZ pod unií PZ, ve které jsem spolupracovala na specifické části pro lidi s duševním onemocněním. Také z metodik a formulářů využívaných v organizaci Fokus Praha ve službě podpory zaměstnávání, které jsem spoluvytvářela.

#### 3.1 HISTORIE PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ

Podporované zaměstnávání (dále jen PZ) původně vzniklo jako alternativa k tradičním službám poskytovaným lidem s mentálním postižením, kteří měli zájem pracovat na otevřeném trhu práce. První agentura byla založena ve Spojených státech amerických v sedmdesátých letech 20. století. V roce 1984 bylo PZ v USA legislativně upraveno zákonem Developmental Disability Act a v roce 1990 zákonem Americans with disabilities Act (ADA), který deklaroval právo lidí s postižením na práci a participaci ve všech společenských oblastech. *"Z USA se PZ rozšířilo do Kanady a Austrálie, kde dnes patří k osvědčeným způsobům pomoci lidem s postižením. V Evropě se rozvíjí již od 80. let 20. století a rozšiřuje se po celém světě (například Peru, Zambie, Nový Zéland)."* (VITÁKOVÁ A KOL., 2005, s. 13)

V Evropě jsou považovány za nejúspěšnější průkopníky PZ skandinávské státy, zejm. Norsko, které se rozhodlo otestovat tuto službu jako nástroj ke zvrácení nežádoucího trendu zvyšování výdajů na sociální dávky. V současné době je v Norsku PZ zakotveno legislativně a je i systémově financováno.

Pro rozvoj PZ je důležitý vliv dvou zastřešujících organizací Světové asociace pro podporované zaměstnávání (World Association of Supported Employers - WASE) a Evropské unie pro podporované zaměstnávání (European Union of Supported Employment - EUSE), která vznikla v roce 1992. V současné době zastřešuje 17 nadnárodních asociací PZ. Jejím posláním je formulovat, šířit a podporovat myšlenku PZ, dále prosazovat model PZ prostřednictvím výměny příkladů dobré praxe, zkušeností a znalostí nejen mezi jednotlivými agenturami PZ, ale i na evropské úrovni. (VITÁKOVÁ A KOL., 2005, s. 13)

V zemích EU se služby podporovaného zaměstnání řadí k alternativním formám pomoci, nejsou však převažujícím typem podpory. Důvodem je krátká doba od zavedení do praxe a trvající převaha tradičních nástrojů zaměstnanosti. V České republice je zatím služba PZ poskytována výhradně nevládními organizacemi První česká agentura PZ vznikla v Praze roku 1995 v rámci projektu občanského sdružení Rytmus (od roku 2014 Rytmus - Od klienta k občanovi, o.p.s.). K velkému rozmachu agentur PZ došlo po roce 2001, kdy vznikla Česká unie pro podporované zaměstnávání, která se stala členem EUSE jako první z postkomunistických zemí. Díky dvěma nadregionálním projektům financovaných z prostředků EU a státního rozpočtu (PALMIF č. CZ 9902-02-A/1/P1 a EQUAL CZ-5) se PZ rozšířilo téměř do všech krajů ČR. (VITÁKOVÁ A KOL., 2005, s. 14)

Z počátku vznikaly agentury PZ pouze pro lidi s mentálním postižením. V roce 2003 vznikají první agentury pro různé cílové skupiny - osoby se zdravotním postižením, se smyslovým postižením, dlouhodobě nezaměstnané, bývalé uživatele návykových látek a také pro lidi s duševním onemocněním.

### **3.2 SPECIFIKA PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ**

PZ je unikátní služba poskytující kompletní servis jak uživatelům služby, tak zaměstnavatelům. Uživatelům služby zajišťuje podporu od ujasnění si možností a představ o práci až po pracovní asistenci přímo na pracovišti, které je na volném pracovním trhu. Zaměstnavatelům, kteří se rozhodnout zaměstnat uživatele služby, poskytuje podporu počínaje poradenstvím v oblasti legislativy, přes vytipování vhodných pracovních pozic pro osoby se znevýhodněním, až po pracovní asistenci při zapracovávání nového zaměstnance a jeho začlenění do kolektivu.

### **3.2.1 Definice podporovaného zaměstnávání**

PZ je časově omezenou službou podporující člověka se znevýhodněním v hledání a udržení si zaměstnání na otevřeném trhu práce za rovných podmínek. Podpora je poskytována podle individuálních potřeb a schopností konkrétního člověka. Zároveň je to specifický pracovní program, který se od jiných programů jako jsou například pracovní rehabilitační a tréninkové programy nebo rekvalifikační kurzy výrazně odlišuje. (VITÁKOVÁ A KOL., 2005)

### **3.2.2 Smysl a cíle podporovaného zaměstnávání**

Smyslem PZ je vyrovnávání příležitostí pracovního uplatnění lidí, kteří jsou znevýhodněni na trhu práce, a v důsledku toho by mohli být nebo jsou omezeni i ve svém celkovém společenském uplatnění.

Hlavním cílem PZ je umožnit lidem z cílové skupiny získat a udržet si vhodné zaměstnání na otevřeném trhu práce, které odpovídá jejich zájmům, schopnostem, nadání i osobním možnostem. Současně je cílem zvýšit úroveň samostatnosti uživatelů služeb – zprostředkovat vytvoření či rozvinutí jejich dovedností potřebné k nalezení, získání a udržení si práce, posílit jejich pracovní návyky a rozšířit zájem o profesní rozvoj. PZ je poskytováno lidem, kteří za účelem získání a udržení práce potřebují odbornou individuální podporu postavenou na osobní pomoci. Vysoká míra znevýhodnění přitom není důvodem k neposkytnutí této služby. (JOHNOVÁ A KOL., 2001)

Zároveň PZ představuje významnou službu zaměstnavateli, kterému poskytuje potřebnou podporu, aby mohl takového člověka zaměstnat. Základním principem PZ je tedy vzájemná oboustranná výhodnost, to znamená, že nabídka uchazeče o práci odpovídá potřebám zaměstnavatele a naopak.

### **3.2.3 Principy podporovaného zaměstnávání**

V 60. letech 20. století vznikl tzv. kontinuální řád denních zaměstnaneckých programů, který byl vytvořen pro potřeby dospělých osob s vývojovými vadami. Program byl rozdělen do několika úrovní. Do vyšší úrovně mohl člověk postoupit až po splnění úrovně předcházející. Ukázalo se však, že lidé nedělali takové pokroky, jak se předpokládalo. Mezi přechodem z jednoho stupně do dalšího byly dlouhé časové periody a jenom velmi málo lidí učinilo znatelný pokrok (HOFF, 1985).

Proto byl namísto modelu

VYŠKOLENÍ → UMÍSTĚNÍ → PODPORA

vytvořen model

UMÍSTĚNÍ → VYŠKOLENÍ → PODPORA

Na tomto principu funguje PZ.

PZ se opírá o filosofii, kterou reprezentují následující principy:

(VITÁKOVÁ A KOL., 2007)

**Princip uplatnění práva na práci** - Šanci najít vhodnou práci nemají všichni lidé rovnocennou. Ti, kteří jsou na trhu práce znevýhodněni, mohou toto právo uplatnit pouze s určitou mírou podpory.

**Princip občanský** - Znevýhodněný člověk má na trhu práce stejná práva, ale také stejné povinnosti jako člověk bez tohoto znevýhodnění.

**Princip konstruktivního přístupu** - Cestu k získání vhodného pracovního uplatnění lze nalézt spíše na základě zjištění zájmů, přání, dovedností a možností znevýhodněného člověka. Snahou je propojit jeho potřeby a možnosti s možnostmi a potřebami zaměstnavatele.

**Princip individuálního přístupu** - PZ respektuje jedinečnost každého člověka. Služba je vždy poskytována na základě individuálního plánu sestavovaného pro každého uživatele.

**Princip aktivního přístupu uživatele** - Těžiště aktivit směřujících k získání a udržení si práce spočívá na uživateli, pracovník PZ poskytuje pouze takovou podporu, která vyrovnává uživatelovo znevýhodnění na trhu práce.

Každý člověk má právo na práci, na svobodnou volbu zaměstnání, na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky a na ochranu proti nezaměstnanosti. (VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV, 1948, článek 23). Člověk znevýhodněný na trhu práce má nejen stejná práva, ale i stejné povinnosti jako člověk bez tohoto znevýhodnění. To znamená, že na jedné straně nelze připustit jeho diskriminaci, na straně druhé je třeba podpořit zaměstnavatele v oprávněném očekávání odvedeného hodnotného pracovního výkonu, za který zaplatí odpovídající mzdu.

Pracovník PZ předchází i jakékoli další stigmatizaci v důsledku znevýhodnění či naopak zvýhodňování oproti ostatním lidem. Jeho úkolem je pomoci člověku změnit jeho status klienta sociálních služeb ve status zaměstnance. Zařazení člověka do kategorie „práce schopný“ neodráží jeho skutečné předpoklady pro práci, ale vůli a schopnost společnosti řešit jeho situaci znevýhodnění na trhu práce.

Cestu k získání vhodného pracovního uplatnění lze nalézt spíše na základě zjištění zájmů, přání, nadání, dovedností a možností člověka. PZ se nesnaží posoudit, zda člověk může či nemůže pracovat, ale hledat cestu, jak propojit jeho možnosti a potřeby s možnostmi a potřebami zaměstnavatele. Takto otevřeným postojem zároveň posiluje sebedůvěru samotného uživatele.

PZ respektuje jedinečnost každého člověka. Při utváření představy o vhodném pracovním místě vychází pracovník podporovaného zaměstnávání z jeho přání, zájmů, schopností a dovedností. Služby jsou poskytovány vždy na základě individuálně sestaveného plánu pro každého uživatele služeb PZ.

PZ předpokládá, že uživatel služeb je zodpovědný za získání a udržení si práce. Úkolem pracovníka je poskytnout mu vhodným způsobem informace o možných alternativách a důsledcích rozhodnutí pro ně, nikoli rozhodovat za uživatele služeb. Těžiště aktivit směřujících k získání a udržení si práce spočívá v uživateli, pracovník PZ poskytuje pouze takovou podporu, která vyrovnává jeho znevýhodnění na trhu práce (VITÁKOVÁ A KOL., 2005).

#### **3.2.4 Cílová skupina**

Služby PZ jsou určeny lidem, kteří mají nižší úroveň dovedností nutných k získání a udržení zaměstnání. Jedná se o klienty, kteří chtějí pracovat, ale potřebují odbornou individuální podporu založenou na osobní pomoci. Kritériem, zda je služba pro klienta vhodná, je zejména úroveň jeho dovedností. Ta musí být postačující k vyhledání a udržení si vhodného pracovního místa. Jak jsem již uvedla výše, vysoká míra znevýhodnění však není důvodem k neposkytnutí této služby (JOHNOVÁ A KOL., 2001).

Pozornost je věnována možnostem a schopnostem člověka, nikoliv jeho omezením. Pracovníci programu se zabývají symptomy a nepříjemným chováním klienta jenom v tom rozsahu, ve kterém ovlivňuje jeho pracovní uplatnění. Pomáhají hledat takové zaměstnání, ve kterém se klient uplatní i se svými těžkostmi a poškozeními. Problémem je tedy nezaměstnanost, nikoliv znevýhodnění (LIBERMAN, 1999). Obecně jsou cílovou

skupinou zájemci o zaměstnání, kteří potřebují namísto zvyšování kvalifikace před nalezením práce, úpravu pracovního prostředí, posílení autonomie a sebedůvěry nebo trénink prováděný přímo na pracovišti.

Spjelkavik, Frøyland, Evans (2004) uvádějí, že klienti jsou v PZ vnímáni jako zákazníci, tudíž se od nich očekává aktivita ve vztahu ke službám, se kterými přijdou do kontaktu, a také schopnost určit svá přání ohledně podpory. Sami klienti jsou odpovědní za výběr a výkon své práce. U tohoto bodu bych se ráda zastavila. Jednoznačně souhlasím s tím, že uživatel služeb PZ je za své volby a výkon zaměstnání zodpovědný. Pracovník podporovaného zaměstnání zodpovídá “pouze” za zajištění potřebné podpory. Je samozřejmé, že se uživatel služeb PZ účastní formulování rehabilitačních plánů a vybírá si mezi různými alternativami. Ze své praxe vím, že je mnohdy pro uživatele služeb PZ s duševním onemocněním velmi problematické sdělovat své potřeby a přání ohledně podpory a pomoci. Je potom úkolem pracovníka, aby dokázal citlivě podpořit uživatele služeb PZ v rozpoznání, jaký druh a rozsah podpory je pro daného uživatele služeb PZ v daném okamžiku prospěšný. Profesionál v péči o duševní zdraví by měl umět odhalit individuální charakter každého klienta, jeho talenty a potřeby. Na tomto bodě stojí úspěch nebo případný neúspěch celé jeho práce.

### **3.3 PROCES PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ PRO LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

Procesem PZ je zde nazván sled aktivit zúčastněných stran - a to minimálně uživatele služeb PZ a pracovníka v podporovaném zaměstnávání. Tyto aktivity vedou k získání a udržení si vhodného pracovního uplatnění na volném trhu práce.

Proces podporovaného zaměstnávání je v užším smyslu v ideálním případě ohraničen a to na svém počátku uzavřením dohody o poskytování služeb mezi zájemcem o služby PZ a jejich poskytovatelem (agenturou PZ) a na konci pak dohodou o tom, že uživatel služby již nepotřebuje služby PZ nebo má případně zajištěny návazné služby potřebné k udržení pracovního uplatnění.

Vymezení ohraničení v poskytování služeb PZ umožňuje rozčlenit celý proces na 5 fází:

1. Vytváření osobního profilu uživatele služeb PZ a utváření představy o místním trhu práce.
2. Vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění.

3. Vyhledávání či vytváření pracovního místa vhodného pro uživatele služeb PZ a potřebného pro zaměstnavatele a současně rozvíjení dovedností pro vyhledávání, získání a udržení si pracovního místa.
4. Poskytování podpory po vytvoření pracovně právního vztahu mezi uživatelem služby PZ a zaměstnavatelem.
5. Poskytování služeb bezprostředně směřujících k ukončení procesu PZ.

V rámci uvedených fází probíhá řada dílčích procesů, které se odehrávají postupně, časově se překrývají nebo opakují v souladu s potřebami jednotlivých uživatelů. Například představa uživatele o vhodném pracovním uplatnění se může měnit v souvislosti s výsledky vyhledávání pracovních míst, analýza pracovního místa probíhá zpravidla před vytvořením pracovně právního vztahu mezi uživatelem služby a zaměstnavatelem, někdy však i po uzavření pracovní smlouvy (VITÁKOVÁ A KOL., 2005). Plánování služeb PZ se děje průběžně a průběžně se provádí kontrola dílčích cílů, případně úprava dílčích cílů. Průběžně je upravován i plán kariéry a zjišťována úroveň dovedností uživatele. Podpora může být poskytována současně uživateli služby, jeho rodině i zaměstnavateli. Pro zachování kontinuity procesu PZ se používá tzv. struktura obsahu plánu průběhu služeb PZ<sup>7</sup>.

Proces PZ v širším významu zahrnuje také činnosti předcházející uzavření dohody mezi zájemcem o poskytování služeb PZ a jejich poskytovatelem. Jedná se o posuzování toho, zda k dosažení osobních cílů zájemce je PZ vhodným prostředkem. Vzhledem k tomu, že odborné provádění těchto činností je nezbytným předpokladem k efektivnímu a kvalitnímu poskytování služeb PZ, je i jemu v Souhrnné metodice PZ věnována pozornost.

### **3.3.1 Služby poskytované zájemci o podporované zaměstnávání**

Je žádoucí, aby služby PZ byly poskytovány efektivně, to znamená právě těm zájemcům, u nichž existuje předpoklad, že služby PZ povedou k získání a udržení si vhodného pracovního uplatnění na otevřeném trhu práce. Proto je soustředěná pozornost věnována také období před zahájením poskytování služeb PZ. Tento proces je ohraničen prvním (zpravidla telefonickým) kontaktem se zájemcem a případným uzavřením dohody o poskytování služeb.

---

<sup>7</sup> Příloha č. 1. - Struktura obsahu plánu průběhu služeb PZ, používaná v některých agenturách PZ

Smyslem tohoto procesu je zjistit, zda osobní cíl zájemce je v souladu s cíli PZ, zda jsou služby PZ vhodným nástrojem k dosažení klientova cíle a zda mu okolnosti umožňují tento nástroj využít. (VITÁKOVÁ A KOL., 2005, s. 23)

Pracovní konzultant PZ pro lidi s duševním onemocněním zjišťuje, zda zájemce chce získat stabilní pracovní uplatnění, a to na volném trhu práce<sup>8</sup>. Zda zájemce nehledá spíše vyplnění volného času a sociální kontakty, které může získat například ve volnočasových programech. Zjišťuje snahu zájemce zvýšit také úroveň samostatnosti. Otázkou je, zda skutečně zájemce potřebuje k dosažení tohoto cíle, případně i po něm, dlouhodobou intenzivní odbornou osobní pomoc. Potřebuje například pracovní asistenci, pravidelné konzultace, svépomocné skupiny? Nevedou k získání zaměstnání jiné, méně intenzivní způsoby pomoci jako je poradenství, služby úřadu práce nebo pracovní agentury?

Dále do předmětu zjišťování patří, zda je zájemce ochoten a schopen dodržovat pravidla poskytování služeb, tedy nebrání mu v tom žádné okolnosti (plánovaný pobyt v lázních, v nemocnici, stěhování do jiného regionu, studium, medikace - změna léků apod.). Důležitou součástí pro vstup zájemce do programu je jeho stabilizovaný psychický stav. Důležitým bodem je zjištění vlastní motivace zájemce. Zda zájemce není například manipulován rodinou a sám ve skutečnosti pracovat nechce.

Tento proces se děje formou osobního rozhovoru pracovního konzultanta se zájemcem, v některých případech (se souhlasem zájemce) se setkání účastní i rodinní příslušníci zájemce či pracovníci doporučujících služeb či organizací. U lidí s duševním onemocněním může hrát roli i doporučení od psychiatra či terapeuta. Ne vždy je možné posoudit, zda jsou služby PZ pro zájemce vhodné, při první schůzce. Například zájemce nemá představu, jak vypadá práce v chráněné dílně. Není si jist, zda nechce podat přihlášku ke studiu. Není zřejmé, jak intenzivní podporu zájemce potřebuje. Pracovní konzultant však může k tomuto účelu využít i dalších možností, například doporučit zájemci návštěvu chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny, chráněného pracovního místa apod.

*" Po skončení na posledním pracovním místě přechodného zaměstnání, v roce 2012, bylo zřejmé, že Dan zvládá nároky otevřeného trhu práce, pokud vykonává práci, která ho baví a která splňuje určité specifické podmínky. Po společné domluvě Dana s pracovním rehabilitačním pracovníkem bylo dohodnuto, že je na čase zkusit nalézt trvalý pracovní*

---

<sup>8</sup> tzn. Osobně chce být zaměstnán, nehledá práci v chráněné dílně, v rehabilitačním centru, ve stacionáři, nechce pouze krátkodobou příležitost k neplacené dobrovolnické činnosti.



*poměr. Po vzájemném vyjasnění pravidel a očekávání byla uzavřena dohoda o poskytnutí služby PZ. "(PŘÍPADOVÁ STUDIE 1)*

Z uvedeného vyplývá, že tato fáze u lidí s duševním onemocněním trvá v případech jednotlivých zájemců různě dlouhou dobu, většinou však nepřesahuje dobu 2 měsíců.

Pokud pracovní konzultant vyhodnotí, že pro zájemce služby PZ vhodné nejsou, vysvětlí zájemci, co ho k tomuto rozhodnutí vedlo, a poskytne mu kontakty na dostupné vhodnější služby (služby úřadu práce, poradna, centrum denních aktivit apod.).

### **3.3.1.1 Posuzování vhodnosti podporovaného zaměstnání pro zájemce**

Nejčastější důvody, pro které je poskytnutí služby PZ odmítnuto zájemcům s duševním onemocněním jsou:

- klient potřebuje méně intenzivní program;
- klient je více motivován k dalšímu studiu než k práci;
- motivace pracovat je příliš slabá;
- klient má rozsáhlé projevy nemoci, které znemožňují uplatnění na otevřeném trhu práce.

**Důležitou podmínkou vstupu do programu PZ je u zájemců s dlouhodobým duševním onemocněním stabilizovaný psychický stav.**

Pro veškeré činnosti, které se v rámci procesu PZ odehrávají, je charakteristický přístup k uživateli. *"Tento přístup, na rozdíl od pečovatelských a terapeutických způsobů práce, vede v konečném důsledku ke zmenšení pasivity uživatele, k větší nezávislosti na okolí a kontrole nad situací. Základní myšlenkou je empowerment<sup>9</sup> – snaha o maximální „zapojení“ uživatele a jeho „posílení“."* (VITÁKOVÁ A KOL., 2005, s. 21)

### **3.3.2 Osobní profil uživatele služeb PZ**

Osobní profil představuje souhrn informací o uživateli služeb PZ, důležitých vzhledem k jeho budoucímu zaměstnání. Na základě těchto informací mu pracovní

---

<sup>9</sup> EMPOWERMENT- co největší zapojení člověka do rozhodování o sobě a posílení jeho i této jeho schopnosti, cesta k řízení sebe sama a věcí ve svém životě. (NAVRÁTIL, 2007, Kapitola 6.4.6 Antiopresivní přístupy, s. 239-240)

konzultant pomáhá vytvořit představu o vhodném pracovním uplatnění a posiluje autonomii uživatele služeb PZ .

Osobní profil vychází z vlastních představ a přání uživatele služeb PZ. Tato myšlenka odlišuje PZ od některých jiných programů, kde je kladen větší důraz na hodnocení dovedností. V PZ jsou na prvním místě priority uživatele služeb PZ. Velký důraz je kladen na vlastní motivaci a aktivitu uživatele služeb PZ, respekt k jeho osobnosti, jeho přáním a názorům. Práce odpovídající představám uživatele služeb PZ se pak může na konkrétním pracovišti a v konkrétním pracovním postupu v individuálním plánu podpory přizpůsobit aktuálním uživatelským možnostem (s perspektivou rozvoje dovedností). V oblasti dovedností je důležité pozitivní zaměření na to, co uživatel služeb PZ dokáže a s čím už má zkušenosti, zároveň však zůstává otevřena možnost prohlubování i získávání nových dovedností a také prostor pro vývoj a změny v zaměření uživatele služeb PZ se získáváním nových zkušeností. (VITÁKOVÁ A KOL., 2007)

Při získávání informací jsou důležité nejen skutečnosti mající přímý vztah k práci (např. zkušenost s prací v knihovně, praxe v obchodě, kreativita, knihovnické vzdělání), ale i zájmy uživatele služeb PZ, ze kterých je možné vycházet při plánování zaměstnání.

Důležitou součástí osobního profilu jsou zdroje uživatele služeb PZ využitelné při získávání vhodného pracovního uplatnění či takové, které zřetelně ovlivňují možnost pracovního uplatnění. Vnitřními zdroji může být veselá, přizpůsobivá povaha, životní optimismus, motivace pracovat a žít ve společnosti.

Vnější zdroje představují například lidé z rodiny a kroužku přátel, lidé z místa bydliště, přirozené podpůrné sociální sítě, organizace s kterými uživatel služeb PZ spolupracuje, a také události a okolnosti, které mají nějaký vztah k uživateli služeb PZ vzhledem k jeho zaměstnání. Osobního profilu uživatele doplňují podstatné informace o jeho dosavadní životní situaci jako je život v rodině, v chráněném bytě, délka pobytu v psychiatrické léčebně apod.

### **3.3.2.1 Zjišťované informace při sestavování osobního profilu**

Osobní profil uživatele obsahuje informace relevantní k jeho budoucímu zaměstnání, které jsou důležité jak pro uživatele, tak i pro pracovníka PZ. Tyto informace jsou vzhledem k potřebám trhu práce významným podkladem pro vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění uživatele.

Při sestavování osobního profilu uživatele se pracovník PZ zaměřuje zejména na tyto oblasti:

- motivace uživatele;
- představy a přání uživatele;
- dovednosti a schopnosti;
- vzdělání a dosavadní pracovní zkušenosti;
- zájmy a záliby;
- orientace ve vlastních možnostech;
- zdroje pomoci využitelné při získávání a udržení pracovního místa;
- okolnosti důležité pro získání a udržení si pracovního místa.

(VITÁKOVÁ A KOL., 2005)

Do zjišťovaných informací může být v případě lidí s duševním onemocněním účelné zahrnout také tyto:

- Celková délka pobytu v psychiatrické léčebně.
- Poslední hospitalizace.
- Převažující klinický stav v posledních 3 měsících, například povaha remise<sup>10</sup> a relapsu<sup>11</sup> apod.
- Absolvování denního stacionáře, sociálně terapeutické dílny apod.
- Četnost pravidelných návštěv ambulantního psychiatra.

I v případě, že stav uživatele je stabilizovaný a uživatel má na něj realistický náhled a je ochoten předcházet zhoršení stavu, může dojít k návratu onemocnění. Proto je účelné, aby byl uživatel i pracovník na tuto situaci připraveni například prostřednictvím krizového plánu<sup>12</sup> a předešli tak neúspěchu procesu PZ.

Na základě vlastní praxe jsem sestavila přehled informací, které se zjišťují při sestavování osobního profilu uživatele služeb PZ pro lidi s duševním onemocněním. Tento přehled uvádím v příloze číslo čtyři. Informace, které se tímto způsobem shromáždí, využívá pracovník PZ k celkovému zmapování uživatelské situace, motivace a možném pracovním uplatnění.

---

<sup>10</sup> Remise – vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv nemoci samé (VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK online)

<sup>11</sup> Relaps - opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období – remisi (VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK online)

<sup>12</sup> Příloha č. 2 - příklad Krizového plánu používaný v organizaci Fokus Praha

### 3.3.2.2 Způsoby zjišťování informací při sestavení osobního profilu

Získávání informací osobního profilu je rozmanitý proces poznávání osobnosti uživatele služeb PZ. Základním způsobem zjišťování potřebných informací jsou rozhovory s uživatelem služeb PZ. Pokud si to uživatel služeb PZ přeje, je možné v jeho přítomnosti uskutečnit rozhovor s jeho rodiči, přáteli, s profesionály, kteří s klientem pracovali (psychiatr, pracovníci z organizací pro lidi s duševním onemocněním, case manager, psycholog, ergoterapeut). Rozhovor je možno doplnit také dotazníkem či požadavkem o vyplnění formuláře (například formulář se základními údaji o uživateli služeb PZ). Pracovní konzultant tak má zároveň možnost zjistit úroveň dovednosti číst, psát, pamatovat si informace, vyplnit formulář, zeptat se v případě nepochopení apod. (VITÁKOVÁ A KOL., 2005)

Řadu důležitých informací získá pracovní konzultant pozorováním chování uživatele služeb PZ v různých situacích, např. možnost pozorování v centrech denních aktivit, sociálně terapeutických dílnách, chráněném nebo přechodném zaměstnání. Mnoho užitečných informací konzultant získá z pozorování chování uživatele služeb PZ při konzultacích. Například první kontakt mnoho řekne o tom, jak duševní onemocnění a vedlejší účinky léků ovlivňují zájemce o službu PZ ve zdatnosti v sociálních kontaktech a jeho chování (např. nedodržuje běžnou vzdálenost od konzultanta<sup>13</sup> nebo je nepřiměřeně komunikativní apod.).

### 3.3.2.3 Zásady vytváření osobního profilu

Vlastní přání a představy uživatele služeb PZ jsou důležitější než přání a představy jiných lidí, např. odborníků, rodičů či pracovního konzultanta. Motivace uživatele služeb PZ je významnější než jeho dosažená kvalifikace, zkušenost či dovednost. V oblasti dovedností je důležité pozitivní zaměření na to, co člověk dokáže, s čím má zkušenosti, co umí, může se naučit. Tyto informace jsou užitečnější a více motivující než zjištění, co člověk neumí či nesmí. Lékařské zprávy nemusí vždy přesně odpovídat skutečným možnostem člověka, jako zdroj informací je vhodné používat je jen v odůvodněných případech. (VITÁKOVÁ A KOL., 2007)

Osobní profil se může v průběhu života uživatele služeb PZ měnit v souvislosti s jeho osobním rozvojem, získáváním zkušeností apod., je třeba k němu přistupovat s tímto uvědoměním. Vždy je nutné seznámit uživatele služeb PZ s plánovaným způsobem

<sup>13</sup> zóny v komunikaci: intimní zóna (např. s rodinou) je 15-30cm, osobní (např. s přáteli, kolegy) je 45-75 cm, sociální (s neznámými lidmi): 120-360 cm. (VYMĚTAL, 2008)

získávání a shromažďování informací a vyžádat si jeho souhlas. Při získávání informací o životní situaci uživatele služeb PZ může být důležité se o této situaci přesvědčit nebo si doplnit informace sdělením dalších lidí. Nemá-li uživatel služeb PZ realistický náhled na svoji situaci, nemusí být realistický ani jeho popis prostředí, ze kterého pochází, a může to zkreslit další skutečnosti. Osobní profil představuje soubor informací důležitých zejména pro uživatele služeb PZ, nikoli pro pracovního konzultanta. Není nutné zjišťovat a zaznamenávat vždy všechny informace uvedené ve výčtu. Například v případě samostatně žijícího dospělého muže s řadou pracovních zkušeností a představou o tom, jakou práci by chtěl získat, není třeba znát názor jeho rodičů.

### **3.3.3 Vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění.**

Záměrem této části procesu podporovaného zaměstnávání je získat obraz vhodného pracovního místa pro konkrétního uživatele služby PZ. Představa o pracovním uplatnění je výsledkem porovnání požadavků uživatele služby PZ na jedné straně a potřeb trhu práce na straně druhé. Uživatel či pracovní konzultant budou v další fázi právě takové pracovní místo hledat nebo budou hledat zaměstnavatele, který by právě takové místo vytvořil. Tuto fázi můžeme také nazvat plánováním kariéry.

Plánování kariéry je vize toho, co by člověk rád dělal. Vychází ze zájmů a přání člověka, nikoliv pouze z jeho silných a slabých stránek a právě volných pracovních míst. Je to jakýsi akční plán, který vede k nalezení či vytvoření individuálního pracovního místa. Toto plánování je právem člověka, který dostává službu podporovaného zaměstnání. (VITÁKOVÁ A KOL., 2007)

Zároveň je ale nutné si uvědomit, že lidé s dlouhodobým duševním onemocněním jsou často uvíznuti v jistém druhu profesní adolescence. Mnohdy mají nerealistická očekávání - ať již v podobě příliš vysokých nebo naopak příliš nízkých očekávání. Bývají ovlivněni neúspěšnými pokusy o práci nebo neexistující pracovní zkušeností (BECKER, DRAKE, 1993). Proto se často stává, že si klient stanoví takový cíl, který pracovník vnímá jako nedosažitelný. Někdy si i po vzájemné diskusi klient trvá na svém rozhodnutí. Je to však klientovo rozhodnutí a bylo by chybou, kdyby pracovník v praxi naplňoval své cíle, nikoliv klientovy.

*"Pan Jan, před onemocněním pracoval jako stavební projektant. Od té doby však uplynulo 10 let. Jeho cílem ale bylo pracovat opět na místě stavebního projektanta. Žádné*

*jiné možnosti práce nepřipouštěl. Ačkoliv byl pracovník podporovaného zaměstnání přesvědčen, že stanovený cíl je nad síly klienta, začali spolu hledat stanovené pracovní místo. Až po několika nezdařených pracovních pohovorech – důvodem byla především dlouhá pauza v klientově kariéře, byl pan Jan schopen a ochoten připustit, že na dané místo již nemá kvalifikaci ani potřebné schopnosti. Spolu s pracovníkem přehodnotili cíle a začali hledat jiné zaměstnání, které by odpovídalo jak přáním klienta, tak i jeho možnostem a schopnostem." (PŘÍPADOVÁ STUDIE 2)*

U lidí s duševním onemocněním bývá tato fáze získávání náhledu na svoji nemoc a schopnosti poměrně zdoluhavá a mnohdy bolestná. Proto je důležité, aby v této fázi pracovník věnoval klientovi zvýšenou pozornost a podporoval jeho úsilí.

### **3.3.3.1 Zásady vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění**

Pracovní konzultant nehodnotí, zda je představa uživatele služeb PZ dobrá či špatná, zda ji smí mít nebo ne. Vychází z toho, že motivace uživatele služeb PZ je nejcennějším prvkem při získávání pracovního uplatnění. I když přání uživatele služeb PZ může někdy na první pohled vypadat jako neuskutečnitelné, stojí za to se jím zabývat a vytěžit z něj maximum pro další postup.

Pracovní konzultant podporuje vnitřní zdroje uživatele služeb PZ, nenaplnuje svoji vlastní představu o vhodném pracovním místě nebo představu dalších lidí. Jeho úkolem je posílení uživatele služeb PZ v jeho slabých místech a nikoli jejich nahrazení. Uživatel služeb PZ má právo na změnu své představy o vhodném pracovním uplatnění v důsledku získávání nových zkušeností, dovedností, informací. Jeho rozvoj je považován za žádoucí a uživatel je v něm podporován.

Je užitečné, jsou-li jednotlivé charakteristiky popisovány co možná nejkonkrétněji a nejpřesněji. Je důležité ověřovat, zda pracovní konzultant skutečně porozuměl sdělení uživatele služeb PZ. Pracovní konzultant také ověřuje, zda uživatel služeb PZ porozuměl jednotlivým pojmům. Nelze vždy zformovat představu uživatele služeb PZ o vhodném pracovním uplatnění do obvyklé podoby nabídky pracovního místa. V některých případech je naopak třeba iniciovat vytvoření nového pracovního místa.

Aby mohl pracovní konzultant pomoci vytvořit uživateli služeb PZ reálnou představu o vhodném pracovním uplatnění, musí dobře znát místní trh práce a lokální zvyklosti. Někteří lidé mají poměrně jasnou představu o tom, jak by mělo vypadat jejich budoucí pracovní uplatnění a podporu potřebují zejména ve vyhledání takového pracovního místa

či při jeho udržení. Ve většině případů je však vytvoření obrazu vhodného pracovního místa právě tou oblastí, v níž uživatelé žádají o pomoc. (VITÁKOVÁ A KOL., 2007)

### **3.3.4 Individuální plán**

Na základě výše uvedených informací se sestavuje individuální plán uživatele. Musí být dostatečně popisný a jasný. Je třeba, aby byl pro uživatele srozumitelný a případně aby mohl kdokoli v práci s uživatelem navázat. BECKER a DRAKE (1993) uvádějí, že by plán měl obsahovat 5 základních sekcí:

- prohlášení o uživatelských cílech (jeho slovy);
- shrnutí silných a slabých stránek vztahujících se ke stanovenému cíli;
- popis dílčích kroků vedoucích k dosažení cíle;
- prohlášení, které definuje, jaký typ podpory by uživatel od pracovního konzultanta potřeboval;
- definování podpůrné sítě – kdo, jak a v jakém čase může uživateli pomoci.

Je zřejmé, že setkání nad individuálním rehabilitačním plánem probíhá opakovaně, v pravidelných intervalech. Pracovník spolu s uživatelem vyhodnocuje jednotlivé dílčí kroky a plánuje kroky další. Jak jsem již psala dříve, jedná se o proces, který zahrnuje také změny, které jsou přirozené a zdravé, proto by neměly být pracovníkem vnímány jako nevhodné a problematické.

Výsledkem plánování je také popis vhodného pracovního místa. Johnová a kol. (2001) uvádí zásady vytváření tohoto popisu. Rozhodující jsou představy uživatele, pracovník nikdy neupřednostňuje své názory. Pracovník by měl podpořit uživatele ve snaze vymyslet co nejvíce možností, nezavrhovat žádné nápady a alternativy. S popisem práce musí být uživatel spokojen, ne s ním pouze souhlasit. Pracovník má mít na paměti to, že popis pracovního místa není rigidní. Popis zahrnuje druh práce a přesný typ činností, časové aspekty, fyzikální a sociální podmínky, lokalitu, typ pracovního právního vztahu a odměňování.

### **3.3.5 Získání zaměstnání**

Na základě provedení hodnocení zájmů a schopností uživatele začíná fáze hledání vhodného pracovního místa. I zde pracovník poskytuje dostatek podpory, aby bylo možné dosáhnout stanoveného cíle. Zároveň nesmí být uživatel zproštěn odpovědnosti za další

průběh procesu. Při hledání zaměstnání musíme mít na paměti, že průběh dlouhodobé duševní nemoci bývá obtížně předvídatelný a případné ataky znamenají často hospitalizaci, a tudíž pracovní neschopnost. Na současném trhu práce je proto obtížné nalézt nebo vytvořit vyhovující stálé pracovní místo.

Důležitým účastníkem celého procesu je samozřejmě také zaměstnavatel, který je chápán jako partner. Je nezbytné, aby zaměstnání zdravotně postiženého člověka vnímal jako pro sebe prospěšné. Dobré vztahy s vedením firem jsou důležité pro zajištění vlídného pracovního prostředí pro uživatele.

Pracovní konzultanti vyhledávají vhodné pracovní příležitosti zpravidla dvěma způsoby. Sledují veřejné nabídky, databáze úřadů práce, inzertní nabídku v tisku a na internetových stránkách. Nebo přímo oslovují zaměstnavatele s cílem získat pracovní příležitost pro konkrétního uživatele tzv. vytváření pracovního místa. (VITÁKOVÁ, 2005)

Úvodní kontakt se zaměstnavatelem probíhá zpravidla telefonicky nebo formou osobní schůzky. Becker a Drake (1993) doporučují objevit se rovnou u zaměstnavatele v klidnější části dne. Tvrdí, že kontakt tváří v tvář je nejlepší, říci případné ne hlasu v telefonu je jednoduché. Pracovník musí být kreativní, musí myslet jako podnikatel a navrhnout množství práce vhodné pro své uživatele služby PZ a zároveň pro zaměstnavatele. Cílem schůzky je zjistit, zda je pro zaměstnavatele přitažlivé využít pracovní potenciál konkrétního člověka a případně ho o tom přesvědčit.

#### **Průvodce pro úvodní kontakt se zaměstnavatelem:**

- představte sebe a organizaci, kterou zastupujete;
- vysvětlete, proč voláte;
- sdělte váš cíl – osobní setkání na 15 – 20 minut;
- využijte informace, které o zaměstnavateli máte;
- stručně odpovězte na zaměstnavatelovy otázky;
- domluvte čas s ohledem na zaměstnavatelovo pohodlí;
- odešlete dopis, v němž potvrdíte další kontakt.

(BECKER, DRAKE, 1993)

#### **3.3.5.1 Analýza pracovního místa**

Analýza pracovního místa představuje hodnocení pracovního místa s cílem zjistit, zda odpovídá přáním uživatele. Podle Beckera a Draka (1993) analýzu tvoří dva základní aspekty:



- analýza práce;
- analýza zájmů a podpory.

**Analýza práce** je souhrn informací o očekáváních zaměstnavatele. Jedná se především o mapování úkolů, upřesnění termínu jejich splnění, očekávaná produktivita práce, případně další vzdělávání. Dále zahrnuje přehled úkolů spojených s prací, jako jsou například přebírání práce, převlékání se do pracovního oděvu, využívání jídelny apod. Zaměřuje se také na kulturu práce a sociální prostředí na pracovišti – jaký typ oblečení je vhodný, komunikace mezi pracovníky, role v týmu, atd.

**Analýza zájmů a podpory** zjišťuje, co může uživateli pomoci v tom, aby byl v práci úspěšný. Kromě porovnání toho, zda se nároky pracoviště shodují s uživatelskou představou, zjišťuje pracovní konzultant také bezpečnost práce, ochotu spolupracovníků podílet se na tréninku a podpoře uživatele, apod.

Shledá – li pracovník dané místo přijatelným, prodiskutuje podmínky ještě s uživatelem služby PZ. Záměrně používám termín “přijatelné” pracovní místo, neboť ne vždy se podaří nalézt pracovní místo přesně podle představ uživatele. Je potom na uživateli, zda se rozhodne pro kompromis a místo přijme, nebo ho odmítne.

### 3.3.5.2 Osobní jednání uživatele se zaměstnavatelem

Představení uživatele zaměstnavateli bývá klíčovým okamžikem. U lidí s duševním onemocněním zpravidla setkání probíhá jen mezi uživatelem a zaměstnavatelem. Pracovní konzultant informuje uživatele o nabídce volného místa, provádí nácvik potřebných dovedností. Na schůzku se zaměstnavatelem se uživatel připravuje společně s konzultantem, ale uživatel si domlouvá schůzku sám. Schůzka zaměstnavatele s uživatelem se reflektuje v rámci konzultací bez vědomí zaměstnavatele. Jen v ojedinělých případech u lidí s duševním onemocněním se schůzky se zaměstnavatelem účastní oba dva, uživatel i pracovní konzultant.

*"V květnu 2013 byl Danovi předán kontakt na firmu, která dělá servis benzínovým pumpám. Náplní práce je sepisování zakázkových listů na počítači, přepočítání ceny na EURA a na konci měsíce zmapování celkového toku financí. Danovi se nabídka líbila, rozhodl se, že zaměstnavatele zkontaktuje sám. Společně s pracovním konzultantem se připravil na pracovní pohovor, který proběhl úspěšně. Od 1. 6. Dan nastupuje na pracovní místo. Pracovní doba bude na 5 hodin denně. Sám si domluvil také studijní volno."*  
(PŘÍPADOVÁ STUDIE 1)

Pracovník musí být schopen připravit uživatele, aby byl schopen se představit tak, aby ho zaměstnavatel i ostatní pracovníci mohli vnímat jako přínos. Představování probíhá s důrazem na jeho pozitivní stránky, vyzdvihuje se respekt a důvěrnost informací. (VITÁKOVÁ, 2005) Důležitý je obsah sdělených informací o uživateli. Ze zákoníku práce (ČR) vyplývá, že zaměstnanec je povinen sdělit zaměstnavateli všechny skutečnosti, které mohou ovlivnit jeho pracovní výkon. Je tedy povinen sdělit také fakt, že je poživitelem invalidního důchodu. Mnoho zaměstnavatelů má potom tendence přesně vědět, z jakého důvodu. Je však na samotném uživateli, kolik informací a komu bude předáno. Pracovník by však měl uživateli poradit, co je v jeho zájmu nejlepší. (JOHNOVÁ, 2001)

Mně osobně se v praxi osvědčilo sdělit okruh onemocnění, kterým uživatel trpí. To mnohdy pomůže zaměstnavatelům, případně spolupracovníkům pochopit některé zvláštnosti uživatelova chování. Nebývá od věci poskytnout personálu informační brožuru o dlouhodobých duševních nemocech. Někdy však stále mohou mít zaměstnavatelé i spolupracovníci pocit, že toho o uživateli vědí málo. Povinností pracovního konzultanta však je zachovat profesionální mlčenlivost a předat pouze ty informace, se kterými souhlasí uživatel. Někdy mají zaměstnavatelé u pracovníků s postižením odlišná očekávání nežli u zaměstnanců bez postižení. Mnohdy si neuvědomují, že tato forma pozitivní diskriminace může být značně stigmatizující a uživateli jednoznačně neprospívá. Zpravidla se jedná o drobné ústupky ve formě povolování předčasných odchodů z práce nebo naopak tolerování pozdních příchodů. Toto shovívavé přehlížení potom může vést k neoblíbenosti uživatele mezi ostatními kolegy a samotný uživatel se tak nemá šanci naučit dodržovat povinnosti spojené se zaměstnáním.

### **3.3.5.3 Vyjednávání o pracovních podmínkách**

Cílem vyjednávání o pracovních podmínkách je specifikovat pracovní podmínky uživatele tak, aby vyhovovaly oběma stranám a aby byly uvedeny v pracovní smlouvě. Pracovní konzultant musí zajistit, aby vztah mezi zaměstnavatelem a uživatelem byl v souladu se zákonem a aby byla pracovní smlouva podepsaná oběma stranami. Musí proto dobře znát pracovní právní předpisy a případně o nich poučit zaměstnavatele. Dále uživateli garantuje stejné pracovní podmínky jako mají ostatní zaměstnanci. Proto je náplní konzultačních schůzek především podávání informací o pracovních právních předpisech. Lidé s duševním onemocněním si zpravidla tuto fázi procesu vyřizují sami.

V některých případech bývá sjednána delší zkušební doba nebo ve výjimečných případech neplacená pracovní stáž na nezbytně nutnou dobu. Délka stáže je individuální, ale musí být sjednána dopředu na dobu určitou se souhlasem uživatele služby PZ.

Podpora, kterou uživatel potřebuje po nástupu do zaměstnání, je velmi individuální. Někdo může potřebovat intenzivní pomoc na dlouhou dobu, jinému uživateli postačí několik společně strávených dní v práci nebo tuto pomoc nevyžaduje vůbec. Podpora se skládá z poradenství a tréninku pro konkrétní situace, které mohou na pracovišti nastat. Zaučování a výkon práce probíhají současně. Podpora na pracovišti musí být poskytována tak, aby působila přirozeným dojmem a co nejvíce odpovídala prostředí pracoviště. Kromě pracovních dovedností jsou významným faktorem, který kladně ovlivňuje šanci na sociální začlenění, uživatelské komunikační dovednosti. Jejich nácvik bývá mnohdy obtížnější nežli osvojení si pracovních dovedností. (MICHON, VAN WEEGHEL, KROON, SMIT, SCHENE, 2006).

Lidé s duševním onemocněním mají mnoho obav z nástupu do práce. Často je provází úzkost, zda svoji práci zvládnou. Bez počáteční podpory a pomoci s problémy se minimalizuje jejich šance na úspěch.

#### **3.3.5.4 Podpora poskytovaná zaměstnavateli**

Jestliže na pracoviště nastoupí nový pracovník, který má potíže s osvojováním nových dovedností, projevuje se způsobem na pracovišti ne zcela běžným, a pomáhá-li mu navíc pracovní asistent, je to zcela nezvyklá situace i pro jeho spolupracovníky, kteří jsou s ním v každodenním kontaktu. Může se jednat o jejich první setkání s člověkem se znevýhodněním a mohou mít nejrůznější obavy. Proto je třeba, aby s nimi pracovní konzultant PZ hovořil, ptal se jich na jejich pocity a názory, vysvětloval chování uživatele, mluvil o jeho schopnostech a přednostech, představoval ho pozitivně, ale reálně. Spolupracovníkům je nabídnuta možnost obrátit se na pracovního konzultanta s možnými problémy.

Pracovní konzultant nabízí zaměstnavateli pomoc v řadě dalších oblastí (VITÁKOVÁ, 2005). Například pomáhá s výběrem vhodné pracovní náplně pro uživatele a s vyřizováním různých formalit (např. žádost o poskytnutí dotace na mzdu uživatele). Poskytuje mu konzultace v oblasti legislativy týkající se zaměstnávání osob se znevýhodněním a pomáhá spolupracovníkům v komunikaci s uživatelem. Je jim příkladem v tom, že je možné se k uživateli chovat normálně, chtít po něm zodpovědnost za jeho

úkoly a respektovat jeho specifické potřeby. Poskytuje zaměstnavateli konzultace k řešení případných problémů s uživatelem a pomáhá zaměstnavateli se zapracováním uživatele v případě, že zaučení vyžaduje delší dobu než v případě ostatních zaměstnanců a specifické způsoby zaučení (například ve spolupráci se zaměstnavatelem vytváří a hodnotí individuální plán podpory potřebné při zapracování).

#### **3.3.5.5 Podpora poskytovaná rodině uživatele**

Uživatelé PZ jsou dospělé osoby a jako k takovým k nim pracovní konzultant přistupuje. Přesto jsou závislí na svých rodinách častěji než lidé bez znevýhodnění a někdy rodiče nebo sourozenci mají hlavní slovo při rozhodování o důležitých otázkách týkajících se jejich života. V takovém případě je třeba, aby pracovní konzultanti s rodinou spolupracovali, vždy se souhlasem a vědomím uživatele.

V PZ si uživatel osvojuje dovednosti vedoucí k jeho větší samostatnosti, což mnohdy vyvolává obavy rodičů. Pracovní konzultant rodiče informuje o průběhu práce, ptá se na jejich názory, problémy a obavy a reaguje na ně. Obavy a strach vnímá jako přirozené a podněcuje jejich pojmenování. Nabízí návrhy na řešení a popisuje, jak podobnou situaci zvládl někdo jiný.

#### **3.3.6 Ukončení procesu PZ**

Jak již bylo uvedeno v kapitole Proces podporovaného zaměstnání pro lidi s duševním onemocněním (viz str. 33), rehabilitační program PZ končí uzavřením dohody o ukončení poskytování služeb. Tato dohoda se uzavírá až po domluvě pracovníka PZ a uživatele, případně i zaměstnavatele.

Je však důležité, aby uživatel i zaměstnavatel věděli, že jim pracovní konzultant nezavírá dveře a že v případě potřeby mohou požádat o jednorázovou nebo, v opodstatněných případech, opakovanou konzultaci či intervenci. Je také nezbytné, aby byly zajištěny návazné služby, pokud to uživatel potřebuje.



Z důvodu této oborové blízkosti je třeba, aby sociální pracovník obsáhl základní terminologii i z těchto přidružených oborů, neboť se s ní následně při své práci setkává. (MATOUŠEK A KOL., 2013)

Předmětem intervence sociálního pracovníka je interakce mezi způsobilostí klienta zvládat a tím, co od něj prostředí očekává. Jeho cílem je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi více či méně dostatečnou kapacitou zvládání a této kapacitě více či méně přiměřenými požadavky prostředí. K typickým rolím, které sociální pracovníci pomáhají svým klientům zvládat efektivněji, patří například role rodiče, dítěte, partnera, zaměstnance, souseda či občana. V souvislosti s životním cyklem člověka dochází k proměnám rolí, které jsou od něj očekávány. Právě v situacích, kdy dochází ke změně rolí, bývá pomoc sociálního pracovníka potřebná. Častým úkolem sociálního pracovníka v této situaci je pomoci klientovi porozumět požadavkům nové role, akceptovat ji a aktivně ji začít naplňovat. V širším pojetí se za sociální práci považují sociálně technická opatření a jejich organizace, např. sociální dávky, sociální služby a další. Sociální práce by měla mimo jiné usnadňovat klientům přístup k této sociální síti. (MATOUŠEK, 2012)

Důvěra je velmi křehkým, ale zároveň významným aspektem vztahu pracovníka a klienta. Když dojde k navázání důvěrného vztahu, musí být pracovník, jak již bylo řečeno, vřelý, pravdivý a opravdový. To znamená, že je jednotný ve svém myšlení, přesvědčení a jednání (ŘEZNÍČEK, 2000). Klienti snadno vytuší, i z neverbálních projevů pracovníka, atmosféru, ve které buď zažívají respektování a posílení k další spolupráci, nebo se naopak cítí sražení a motivaci k další spolupráci ztrácí (KOPŘIVA, 2000). Žádoucím prvkem v osobnostním nastavení sociálního pracovníka je také tvořivost a flexibilní důraznost. V procesu zvažování situace hrají významný aspekt hodnoty či filosofie, kterou sociální pracovník sdílí, důležitou složkou je i osobní pojetí kategorie dobrého a špatného (ŘEZNÍČEK, 2000).

Úloha sociálního pracovníka je v pracovně rehabilitačním procesu podporovaného zaměstnávání velmi důležitá. Budu-li se držet organizační struktury týmu, která je uvedena v Souhrnné metodice podporovaného zaměstnávání (VITÁKOVÁ, 2005, s. 60), může sociální pracovník vykonávat s ohledem na své zkušenosti a praxi všechny zmíněné role – vedoucí týmu PZ, pracovní konzultant, pracovní asistent.

## 4.1 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Vzhledem k současnému komplexnímu vzdělávání v sociální práci je sociální pracovník dobře vybaven znalostí problematiky trhu práce – možnosti zaměstnávání lidí se znevýhodněním, náležitosti pracovní smlouvy, povinný podíl zaměstnávat osoby se změněnou pracovní schopností a možné příspěvky v rámci aktivní politiky zaměstnanosti. Aktivní politika zaměstnanosti je pro realizaci podporovaného zaměstnání zásadní. Neméně důležitá je orientace v problematice sociálního zabezpečení a znalost zásad kontaktu s uživatelem. Sociální pracovník musí mít dobře zmapovanou komunitu, v níž pracuje, a musí znát zdroje komunity a umět s nimi pracovat.

Jak jsem již zmínila mnohokrát ve své diplomové práci, práce s lidmi s vážným duševním onemocněním má svá specifika a je jenom výhodou, má-li pracovník podporovaného zaměstnání byť i krátkodobou zkušenost s touto klientelou. Pracovník je potom lépe připraven na odlišnosti cílové skupiny, mezi které patří mnohdy zvláštní až bizarní chování, nedostatek chuti a motivace, porucha pozornosti a koncentrace, obtíže rozhodovat se a plánovat, oslabení až ztráta vůle, poruchy nálady a omezení komunikace (PRAŠKO A KOL., 2005) Je nezbytné, aby pracovník věděl o těchto projevech závažných duševních onemocnění, aby dokázal informovat zaměstnavatele a vysvětlit mu případná specifika uživatele. Na spolupracovníky mohou tyto projevy působit přinejmenším divně a je úkolem pracovníka, aby je představil jako neohrožující součást uživatelova projevu. Ze stejného důvodu je důležité, aby znal možné projevy vedlejších účinků léků. Mezi nejčastější patří ospalost, občasné pocity vnitřního neklidu, který nutí uživatele pohybovat končetinami či přecházet z místa na místo, mimovolní pohyby svalů, nejčastěji ve tváři, někdy třas či naopak svalová ztuhlost. (PĚČ, PROBSTOVÁ, 2009)

Jestliže platí v sociální práci pravidlo, že *“chceme-li klientovi porozumět, musíme se zajímat o to, jak věci vidí a prožívá on”* (KOPŘIVA, 1997, s. 29), je nutné se tímto heslem u lidí s duševním onemocněním řídit dvojnásob. Právě pocity a představy uživatele jsou stavebním materiálem celého procesu sociální rehabilitace.

Trpělivost a vytrvalost je další důležitou vlastností nezbytnou pro úspěch v podporovaném zaměstnání. Mnohdy trvá velmi dlouho, než se uživatel za pomoci pracovníka dopracuje k výsledné podobě vhodného pracovního místa. Velmi vyčerpávající pro obě strany je také budování náhledu na uživatelovu nemoc. Vzhledem k míře nezaměstnanosti a současnému trendu preferování nejzdravějších a nejproduktivnějších pracovníků je hledání vhodného zaměstnání poměrně zdoluhavé. V souvislosti s tím

uživatelé mnohdy propadají skepsi a beznaději. Na pracovníkovi je, aby klienta podpořil a motivoval k dalšímu úsilí.

Vzhledem k faktu, že je každý uživatel jedinečný, ocitá se sociální pracovník stále v nových a nových situacích. To, co vyhovuje jednomu uživateli, nemusí vyhovovat a fungovat u ostatních uživatelů. Proto je důležitý aktivní a tvořivý přístup pracovníka v průběhu celého procesu pracovní rehabilitace.<sup>15</sup>

Je otázkou, do jaké míry se o roli pracovně rehabilitačního pracovníka v programu podporovaného zaměstnání lidí s dlouhodobým duševním onemocněním podělí dvě velmi sobě blízké profese sociálního pracovníka a ergoterapeuta. Vzhledem k níže uvedeným skutečnostem bych pro práci s dlouhodobě duševně nemocnými preferovala profesi sociálního pracovníka.

Role ergoterapeuta je zjišťování schopností, dovedností a omezení uživatele služby. Zhodnocuje pracovní potenciál a analyzuje pracovní úkoly. Celkově hodnotí pracovní výkon klienta (MATRA III., 2004). Vzhledem k tomu, že se ergoterapeut zaměřuje především na funkční omezení uživatele, vnímám jeho význam v rámci programu podporovaného zaměstnání především v nácviku dovedností s jinými cílovými skupinami, zejména s uživateli s mentálním postižením nebo kombinovanými vadami. Lidé s dlouhodobým duševním onemocněním nepotřebují ani tak nácvik konkrétních pracovních úkolů jako spíš podporu a pomoc s adaptací v novém prostředí. Jejich největší obavou bývá kolektiv spolupracovníků a komunikační dovednosti. U lidí s dlouhodobým duševním onemocněním se ergoterapeut uplatňuje zejména v rámci předpracovní rehabilitace. Na té však program podporovaného zaměstnání příliš nestaví. Jako velmi významnou shledávám jejich roli především v práci s uživateli v nižších stupních rehabilitace, jejichž funkční postižení je větší.

## **4.2 PŘÍSTUPY A METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VYUŽÍVANÉ V RÁMCI PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ**

Sociální práce v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním je součástí intervencí, které mohou mít různý charakter - a to od obnovení duševní stability po dlouhodobé léčení až po opětovné začleňování člověka do života. Tito lidé potřebují komplexní zdravotně-sociální péči. Sociální pracovník vytváří s klientem vztah na respektu a partnerství. Plní roli vyslance, advokáta, spojky mezi lidmi s duševním onemocněním a komunitou. Chápe

---

<sup>15</sup> Souhrnné kompetence pracovního konzultanta v programu PZ viz příloha č. 3



rozdíly mezi typy psychických problémů, ale také prostředí, zázemí, hodnotami a cíli. Tyto rozdíly měly či mají na ostatní charakteristiky jako je osobnost klienta, vzdělání, dovednosti, věk, zkušenosti, nemalý vliv. Tato práce je založená na individuální pomoci. Sociální pracovník se snaží získávat pozornost a respekt pro jedinečnost vnitřního světa klienta. Pro tento účel vytváří humánnější a citlivější prostředí. Mapuje zdravotně-sociální potřeby klienta a v intervencích z nich vychází. Chápe a podporuje koncept úzdravy (nejen vyléčení), ale i readaptaci (přijetí sebe sama) lidí s duševním onemocněním. (MATOUŠEK A KOL., 2010)

#### **4.2.1 Přístup orientovaný na klienta**

V dnešní době se využívá zejména přístup orientovaný na klienta, z něhož čerpá sociální práce. Tento přístup vnímá člověka se znevýhodněním v jeho důstojnosti jako osobnost, která má kromě nemoci i vlastní potenciál a zdroje, jež jej podporují v jeho psychické integritě a sociálním fungování (MATOUŠEK, 2013).

Přístup orientovaný na úkoly vznikl jako jeden z mála přístupů přímo v rámci sociální práce. Má jasnou inspiraci v teorii sociálního učení a v teorii systémů, formulace jeho principů byla podpořena také empirickými výzkumy. Tento přístup se snaží poskytnout systematický rámec pro zvládání různých praktických problémů. Jeho efektivita přitom spočívá v myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu a že se lidé více angažují v úkolech, které si sami zvolili. Sociální pracovník je tu od toho, aby pomohl klientovi rozhodnout, jaké úkoly chce plnit – co chce dělat. Předpokládá se, že klient je schopen takovou volbu udělat a že nikdo jiný než on by ji neudělal lépe. (GOJOVÁ, SOBKOVÁ, 2007)

Základními hodnotami v tomto přístupu jsou partnerství a posilování. Partnerství v přístupu orientovaném na úkoly znamená, že se vychází z přesvědčení, že vůdčí autoritou při řešení klientových problémů je klient sám. Tento přístup staví více na klientových silných stránkách než na analýze jeho nedostatků a snaží se spíše pomáhat než léčit. Demokratickým a zřetelně posilujícím aspektem tohoto přístupu je i to, že nestaví na efektu tajemné metodiky. Naopak, úspěch závisí na tom, jak dobře lidé porozumí pomáhajícímu procesu a jak intenzivně na něm participují. Klient není považován na objekt, který je potřeba „opracovat“. Vždy se předpokládá, že jeho role je aktivní a že se podílí na všem, co se mezi sociálním pracovníkem a klientem odehrává. (ŠPILÁČKOVÁ, NEDOMOVÁ, 2014)

Vztah je ústředním prvkem přístupu zaměřeného na klienta. Poradce podporuje aktualizační tendenci klienta tím, že vytvoří vztah, jež je založen na šesti základních podmínkách, které vedou ke změně osobnosti. Nejvíce známé a prozkoumané jsou základní podmínky zaměřené na postoje poradce (kongruence, bezpodmínečné pozitivní přijetí a empatie), kterými se budu podrobněji zabývat níže. (ŠIFFELOVÁ, 2010)

Dle Sanderse (in ŠIFFELOVÁ, 2010) můžeme rozdělit šest základních podmínek do dvou skupin, které jsem znázornila níže v tabulce.

Tabulka č. 2: Rozdělení šesti základních podmínek přístupu zaměřeného na klienta.

<b>Rozdělení podmínek</b>		
<b>SUBJEKT</b>	<b>Druh podmínky</b>	<b>Jednotlivé podmínky</b>
<b>TERAPEUT</b>	Základní neboli postojové podmínky (core conditions)	Kongruence Bezpodmínečné pozitivní přijetí Empatie
<b>KLIENT</b>	Vztahové podmínky	Psychologický kontakt Vnímání postojových podmínek klientem Klientova inkongruence <sup>16</sup>

Přístup orientovaný na úkoly se snaží ovlivňovat problémy na individuální úrovni. To ovšem neznamena, že by jejich příčiny vnímal jen v této úrovni. Pouze předpokládá, že v síti strukturálních tlaků musí každý jednat individuálně a že je užitečnější zkušenost vlastního rozhodnutí (jak za dané situace jednat) než pasivní očekávání, jak se situace v budoucnu vyvine. Studie, která podnítila vznik přístupu orientovaného na řešení problémů, se jmenovala *Brief and Extended Casework*. V roce 1969 ji vydala dvojice autorů Reid a Shyne. Tato studie měla potvrdit obvyklý předpoklad, že dlouhodobá individuální práce s klientem je efektivnější než krátkodobá. Ve skutečnosti se tento předpoklad nepotvrdil a krátkodobá individuální práce vykazovala stejně dobré výsledky. Na základě této studie se v roce 1972 už pozměněná dvojice Reid a Epsteinová pokusila zformulovat systém krátkodobé intervence, který jako základní pojem začal užívat úkol. (GOJOVÁ, SOBKOVÁ, 2007)

Přístup orientovaný na úkoly je v sociální práci široce uplatňován a patří k modelům, které vykazují měřitelnou efektivitu. Jeho důraz na praktické řešení problémů také

<sup>16</sup> Klient je zranitelný a úzkostný.

odpovídá požadavkům, s nimiž se klienti na sociální pracovníky často obracejí. Tento model umožňuje integrovat různé poznatky i pracovní postupy, takže může být pevným základem eklektické sociální práce. Přístup má všechny předpoklady, aby byl vzdělavateli sociálních pracovníků, sociálními pracovníky a jejich zaměstnavateli v českém prostředí akceptován. Může se stát východiskem vzdělávání sociálních pracovníků i nové praxe. (ŠPILÁČKOVÁ, NEDOMOVÁ, 2014)

Přístup orientovaný na úkoly se zrodil v kontextu sociální práce, a pravděpodobně právě proto je v této profesi široce uplatňován. Jeho akcent na praktické řešení problémů také odpovídá požadavkům, s nimiž se klienti na sociální pracovníky často obracejí. Není nezajímavé, že právě tento model umožňuje integrovat různé poznatky i pracovní postupy, takže může být pevným základem eklektické sociální práce. (MATOUŠEK, 2012)

V práci s lidmi s duševním onemocněním jsou používány zejména metody práce case managementu a psychiatrické (psychosociální) rehabilitace. Pro práci s lidmi s duševním onemocněním je v první řadě nezbytné vybudovat produktivní vztah důvěry. Jen tak se pracovník dozví o důležitých momentech klientova života, které mohou mít rozhodující vliv na získání vhodného zaměstnání a udržení se v něm. V procesu budování důvěry je také potřeba vyjasnit, kdo bude mít přístup k osobním údajům klienta a jak s nimi bude nakládáno. (NOVÁK A KOL., 1999)

**Deset aspektů dobře fungujícího vztahu (KOPŘIVA, 1997):**

1. Vztah je základ rehabilitace. Rehabilitace nemůže být bez spolupracujícího vztahu.
2. Pracovník se zajímá o klienta a o jeho rodinu, věnuje pozornost jejich životním osudům, poskytuje upřímnou podporu.
3. Pracovník využívá svých vědomostí, zkušeností a kvalit.
4. Pracovník poskytuje klientovi bezpečí a ochranu, jedná tehdy, je-li to potřeba.
5. Pracovník věnuje čas vytváření vztahu, v průběhu dává úsilí tak, aby vystačilo na celý dlouhý proces.
6. Vztahová dimenze je v souladu s dimenzí činů – úroveň důvěry může zejména zpočátku zvýšit výrazná činnost ve prospěch klienta.
7. Kooperativní vztah potřebuje prostor pro dialog.
8. Vztah může být vytvářen metodicky.
9. Pracovník se přizpůsobuje stylu klienta a způsobu, jakým chce péči dostávat.
10. Komunikace v rehabilitaci je charakterizována jako vzájemná, otevřená, motivující a přinášející naději.

#### 4.2.2 Case management (případové vedení)

Případové vedení je sociální práce s klienty dle jejich individuálních potřeb. Sociální pracovník s klientem navazuje vztah, který je založen na důvěře. V rámci poskytování programu PZ podporuje klienta v rehabilitaci, podporuje jeho dovednosti k získání a udržení si zaměstnání a spoluvytváří s klientem sociální síť.

Techniky zde využívané jsou např.: nácvik modelových situací, nácvik dovedností, skupinová sezení, krizová intervence, případové konference a různé jiné techniky převzaté z psychoterapie. Samozřejmostí je technika aktivního naslouchání a komunikace. Vedení případu je tvůrčí činnost, jejíž podstatou je oboustranná spolupráce, kdy jsou jasně zřetelné cíle této práce.

Mezi **základní prvky case managementu** patří (STUHLÍK, 2002):

- přehled o potřebách a schopnostech klientů,
- plánování péče,
- uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,
- monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,
- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Systém case managementu reaguje na zásadní problémy, které jsou spojeny s poskytováním služeb lidem s duševním onemocněním. Case manager je zprostředkovatelem služeb, ví koho kontaktovat, zpřehledňuje systém poskytování služeb. Case manager je se svými klienty v dlouhodobém kontaktu, a proto je schopen zajistit kontinuitu služeb, které klient využívá. Zároveň je schopen (díky dlouhodobému kontaktu a mapování potřeb) pro klienta zajistit komplexnost služeb tak, aby klient využíval všechny služby, které jsou dostupné a jsou pro něj přínosné, a zbytečně nečerpal služby, které nepotřebuje. (STUHLÍK, 2002) Program PZ využívá techniky case managementu v přímé práci s klientem. Využívá také možnosti v rámci multidisciplinárního týmu konzultace s case managerem.

Individuální práci s klientem je case manager schopen klientovi zajistit i individuální přístup při plánování a využívání služeb. Case manažer se také velmi dobře orientuje v rodinné situaci klienta a podporuje proces zotavení celého rodinného systému. Výhody, které case management přináší, by se daly shrnout do následujících bodů:

- Dostupnost
- Kontinuita

- Koordinace
- Přizpůsobivost
- Výkonnost – efektivita

#### 4.2.2.1 Zásady case managementu:

**Vztah** case managera s klientem by měl být na partnerské úrovni. K této úrovni je třeba se dopracovat, neboť pracovník vstupuje do vztahu zákonitě v roli silnějšího. Vztahu také významně pomáhá jeho dlouhodobost, kdy se vytváří prostor pro oba účastníky vztahu, aby se poznali nejen jako poskytovatel služeb a klient, ale i jako lidé. (STUHLÍK, 2002)

Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí. Profesionál by měl respektovat klientova rozhodnutí. Měl by je respektovat i v případě, že je považuje za riskantní pro klienta. Měla by existovat jasná dohoda s klientem o situacích, kdy pracovník klientovo rozhodnutí respektovat nebude. K tomu dochází například v situacích, kdy si klient chce ublížit nebo ohrožuje své okolí. (ANTHONY, COHEN, FARKAS, 1994)

V case managementu se upřednostňuje **asertivita intervencí**. Pracovník by měl klientovi nabízet služby asertivně, měl by mít přehled o jeho potřebách, měl by znát klientovo sociální okolí, kontaktovat klienta v jeho přirozeném prostředí, aby byl schopen reflektovat případná skrytá rizika, která klient nemusí vidět, a poté o nich s klientem hovořit, nabízet mu službu, která by pomohla klientovi tuto situaci řešit. (STUHLÍK, 2002)

I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat. Pracovník by měl vycházet ze silných stránek (schopností, dovedností), které klient má, respektive které mu zůstaly zachovány. Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdrojem, nikoliv překážkou.

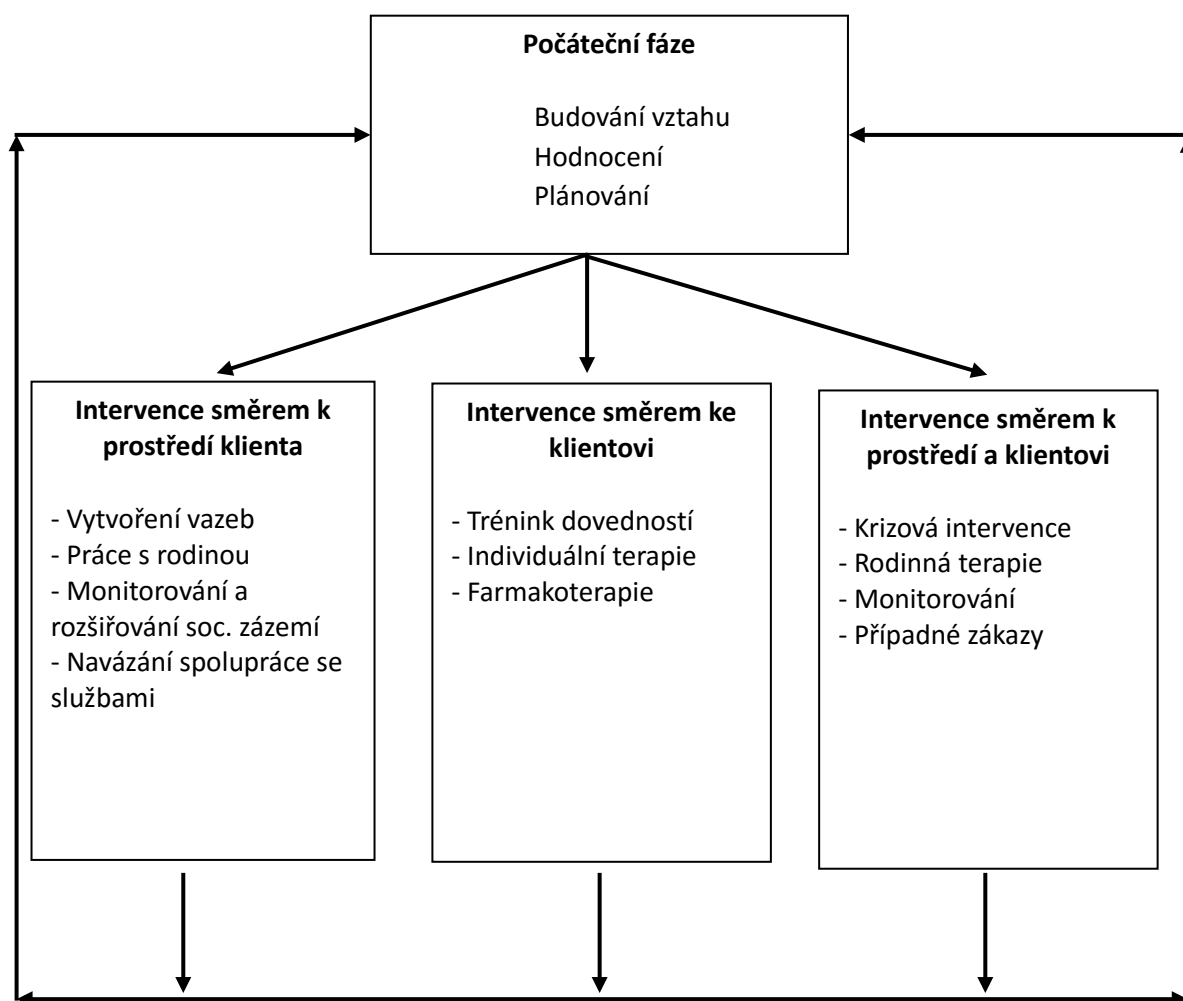
Case management vychází z předpokladu, že pokud je klientovi v komunitě dostupný zdroj, který je schopen saturovat jeho potřeby, je to lepším řešením než využití profesionálních služeb. Např. proč by měl klient trávit svůj volný čas v centru denních aktivit, pokud je členem sportovního oddílu, kde je spokojen, chodí do knihovny a má přátele, se kterými je schopen vyrazit do kavárny. (MATOUŠEK, 2001)

Pro case management je podstatná **podpora zotavení rodinného prostředí**. Většina intervencí by měla být poskytována tak, aby vedla nejen k zotavení samotného klienta, ale

i zotavení celého rodinného systému. Pokud dojde k nastartování změn uvnitř rodiny např. změny postojů či komunikace, je větší šance, že rodina podpoří i změny vedoucí k zotavení nemocného člena rodiny. (STUCHLÍK, 2002)

#### 4.2.2.2 Úkoly case managementu:

Case management tradičně zahrnuje pět základních funkcí (hodnocení, plánování, advokacii, vazbu (terapeutický vztah) a monitoring. Stuchlík (2002) ve své práci uvádí přehledné schéma úkolů intervencí case managerového týmu.



(Schéma intervencí STUCHLÍK, 2002)

Ve schématu jsou znázorněny úkoly, které plní case managementový tým. Všechny tyto úkoly může plnit pouze case managementový tým, nebo může zajišťovat jen některé

služby a zbylé zprostředkovávat - ovšem mimo počáteční fáze. Plánování intervencí a podpory by mělo vycházet z reálných cílů, měla by být jasná kompetence a odpovědnost klienta a pracovníka (popř. pracovníků s jasně delegovanými pravomocemi a úkoly). Mělo by být definováno, jak se pozná, že cíl (potřeba) je naplněn, a měl by být připojený časový harmonogram plánu a jednotlivých úkolů. Ze schématu je také zřejmé, že intervence nejsou prováděny izolovaně, ale že spolu úzce souvisí, byť jsou ve schématu formálně rozděleny na intervence k prostředí, ke klientovi a ke klientovi a prostředí. Také je zřejmé, že všechny intervence a úkoly se po svém provedení vrací zpět k bodu hodnocení a dalšího případného plánování. (STUHLÍK, 2002) Pracovníci PZ často úzce spolupracují s případovým pracovníkem a účastní se týmových porad case managementu v případě, že je zde interně zkoumán případ jejich klientů. Zároveň pracovníci PZ využívají principu case managementu ve své vlastní práci.

#### **4.2.3 *Moderní psychosociální rehabilitace***

Je proces cílený na zlepšení fungování lidí s duševním onemocněním, aby mohli bydlet, pracovat a trávit volný čas v prostředí dle svého vlastního výběru a s co nejmenší možnou mírou odborné péče. (ANTHONY, COHEN, FARKAS, 1994)

Cílem rehabilitace je praktické zařazení lidí s duševním onemocněním do samostatného života mezi zdravými lidmi s potřebnou mírou nezávislosti a odpovídajícími schopnostmi a dovednostmi. Zároveň jde o pomoc při naplňování běžných sociálních rolí (zaměstnanec, rodič, kamarád, soused aj.). Psychosociální/psychiatrická rehabilitace má propracované pracovní postupy, které jsou kompatibilní s rolí sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách i psychiatrické sestry. (ANTHONY, COHEN, FARKAS, 1994)

Tato metoda práce vznikla v rámci deinstitucionalizace spolu s rozvojem komunitní péče. Rehabilitace zahrnuje mnoho programů, které jsou cílené na lidi s duševním onemocněním. V této metodě jsou kladeny velké nároky na sociální pracovníky v rámci vzdělání a dovedností. Součástí rehabilitace je týmová práce, jejíž hlavní myšlenkou je multidisciplinární spolupráce a koordinace postupů.

Při změnách, které nastávají, se klade velký důraz na individuální plánování a stanovování cílů, které by mělo být flexibilní a utvářené spolu s klientem. Individuální plánování by mělo být chápáno ne jako nadbytečná práce s klientem, ale jako součástí procesu změny a registrování úspěchů. V rámci individuálního plánování lze využívat

různé techniky jako je škálování, kresebné a písemné techniky, pozorování, různé testy, ale samozřejmě i samotný kontakt s klientem. (MATOUŠEK A KOL., 2010)

#### **4.2.4 Empowerment**

Jsem přesvědčena, že jedním z nejdůležitějších úkolů při podpoře lidí v oblasti podporovaného zaměstnávání i v jiných oblastech je podpořit jejich samostatnost. Tak, aby sami informovaně rozhodovali o svém vlastním životě a aby nad ním měli sami co největší možnou kontrolu. V tom je zásadním prvkem sebeřízení<sup>17</sup>. Empowerment je co největší zapojení člověka do rozhodování o sobě a posílení jeho i této jeho schopnosti – za cestu k řízení sebe sama a věcí ve svém životě. Proces empowermentu vede ke změně postojů; změna postojů zase napomáhá dalšímu zapojování a posilování. (SMUTEK, 2006)

Empowerment (zapojení a posílení člověka) je jedním z cílů práce profesionálů poskytujících služby podporovaného zaměstnávání. Je i prostředkem, aby tyto služby byly poskytovány dobře. Zapojování a posilování uživatelů není jen jednorázová záležitost. Empowerment a zapojující způsoby práce by se měly stát nástroji všech profesionálů podporujících lidi s různými typy znevýhodnění. (ADAMČÍKOVÁ, EISNER, KAUCKÝ, 2004)

V podporovaném zaměstnávání je důležitá vlastní motivace, to znamená pomoci člověku uvědomit si, proč chce pracovat a co od zaměstnání očekává. Jeho síla (moc, power) je právě v tom, že bude dělat to, co on sám chce, a o čem ví, proč to chce. Bude ve svém zaměstnání uplatňovat své zájmy a rozvíjet a prohlubovat své dovednosti. Vychází také ze svých předchozích zkušeností, což opět znamená zdroj, ze kterého se dá čerpat. Jeho síla je i v tom, že uskutečňuje svoje představy. Aby člověk mohl uplatnit své možnosti, potřebuje je sám dobře znát a zároveň si být vědom svých specifických potřeb.

Konzultantova prvořadá úloha je tedy v iniciování, podpoře a rozvoji klientovy vlastní aktivity a motivace a v posilování jeho kompetencí. Pracovní konzultant podporuje klienta v tom, aby měl možnost vyzkoušet si to, co sám pokládá za důležité, a nechává mu možnost se zmýlit, a poučit se tak z vlastních chyb.

---

<sup>17</sup> Selfsteering - doslovný překlad je „sebeřízení“. V oblasti práce s lidmi se znevýhodněním se týká dvou oblastí: 1. „sebeřídících“ kapacit klienta: (příčemž empowerment je součástí cíle a výsledku) 2. prostředí klienta: tady to znamená zlepšování možností pro selfsteering adaptováním prostředků a metod. Konzultanti PZ a lektori jsou vnímáni jako prostředky; metody, které používají, jsou vnímány jako nástroje – způsoby zapojení a posílení. (ADAMČÍKOVÁ, EISNER, KAUCKÝ, 2004)



*"Pan N. byl při vstupu do služby překvapen, že je dotazován na to, co chce. Že si může určit on, co potřebuje. Obvykle má zkušenost, že mu ostatní hned nabízejí, co by mohl. Na počátku byl pan N. poslušný, přizpůsobivý, ochoten přistoupit na jakýkoli návrh, svěřit se nekriticky do péče pracovníka. V průběhu podpory ho zaujalo, že on určuje, co se bude dělat, a že má volbu, jak v práci bude postupovat. Velmi ocenil, že se může vyjádřit i k tomu, jak je spokojen s průběhem podpory. V jedné z řešených situací se pan N. důrazně ohradil proti nabídce pracovníka, který mu nabízel osobní přítomnost (asistenci) u úkolu, který chtěl provést sám. Řekl, že by takováto jeho přítomnost byla pro něj ponižující. Pracovník ocenil tuto jeho iniciativu a schopnost prosadit se proti jeho návrhu. Ze spolupráce je patrné, že pan N. nabývá více sebedůvěry, dokáže vyjádřit svoji nespokojenost, nenechá se zmanipulovat do způsobů práce pracovníka, který mu nevyhovuje." (ADAMČÍKOVÁ, EISNER, KAUCKÝ, 2004)*

Důležitým vnitřním postojem konzultanta je důvěra ve vlastní možnosti a způsoby řešení ze strany klienta. *"Ve většině materiálů, na které jsme v souvislosti s Empowermentem narazily, se uvádí, že pomáhající pracovník se sám musí cítit posílen, tedy znát své kapacity, nebát se dělat chyby, mít důvěru v sebe samého, ale i cítit důvěru, kterou do něho vkládají druzí, atd. dle jednotlivých bodů Chamberlinovy definice Empowermentu." (HRADECKÁ, ZEMANOVÁ, 2004, s. 9)*

## 5 UDRŽITELNOST PROGRAMU PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ - EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

V rámci této části své diplomové práce se věnuji kvalitativní analýze dat na základě informací získaných z literatury, dokumentace, případových studií, vlastní praxe a semistrukturovaných rozhovorů s pracovníky programů zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. Vzhledem k povaze problému i cíli mé práce se mi jeví nejvhodnější volit kvalitativní výzkumnou strategii. Důvodem volby jsou v mém případě omezené možnosti získávání sledovaných dat kvantitativní metodologií. Volba vychází rovněž z charakteru cílové skupiny (lidé s duševním onemocněním), kdy si rekonstrukce minulých událostí vyžaduje sekundární otázky výzkumníka a kdy je nutné získat náhled a porozumění na podstatu osobní zkušenosti, jak samotných uživatelů, tak i pracovníků podporovaného zaměstnávání.

### 5.1 VYMEZENÍ PROBLÉMU ŠETŘENÍ

Ve svém empirickém šetření se zaměřím na problematiku vhodnosti, uplatnitelnosti a udržitelnosti programu podporovaného zaměstnávání (PZ). Zajímá mne především, zda je program PZ vhodný právě pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním. Zda je poskytován stejným způsobem a rozsahem jako u jiných cílových skupin. Zda je program PZ poskytován v souladu s metodikou PZ Rytmusu Praha<sup>18</sup>, nad kterou vzala patronát Unie podporovaného zaměstnávání, a zda jsou poskytovatelé tohoto programu pro lidi s duševním onemocněním zapsáni pod Unii PZ jakožto agentury podporovaného zaměstnávání.

Dále hledám odpověď na otázku, zda je program PZ tak, jak je v současné době poskytován, udržitelný i v rámci právě probíhající reformy psychiatrické péče. Zda uplatnitelnost tohoto programu je v souladu s cíli reformy či nikoliv.

V neposlední řadě mě také zajímá otázka uplatnitelnosti lidí s duševním onemocněním na trhu práce. V souvislosti s touto otázkou zjišťuji, zda jsou sociální firmy možným východiskem pro uplatnění lidí s duševním onemocněním na trhu práce. Zda sociální firmy alespoň z části nahrazují zrušené chráněné dílny a je jich dostatečný počet. Možná by stálo za zamyšlení, jak jsou sociální firmy vnímány pracovníky s duševním

---

<sup>18</sup> VITÁKOVÁ, P. a kol.: *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-93598-0-9

onemocněním, zaměstnavateli, odběrateli služeb či zboží, v kterém odvětví sociální firmy podnikají a jaká je jejich uplatnitelnost v tržním prostředí. Jak vlastně sociální firmy v praxi fungují a je to dobrý způsob financování služeb pro lidi se znevýhodnění? Na tyto otázky se ve své práci nezaměřuji - a to z toho důvodu, že by toto šetření vydalo na celou diplomovou práci. Proto jsem problematiku sociálních firem jen nastínila jakožto možnost.

## **5.2 CÍLE A ÚKOLY ŠETŘENÍ**

Cílem mého šetření je analyzovat, popsat a porozumět situaci v poskytování programu PZ pro vybrané osoby s duševním onemocněním.

Tento cíl šetření tedy vymezují následujícími otázkami (dílčími úkoly):

1. Jaké jsou rozdíly v poskytování PZ pro lidi s duševním onemocněním v praxi vzhledem k závazné metodice PZ pod patronátem Unie podporovaného zaměstnávání?
2. Jaké je uplatnění vybraných osob s duševním onemocněním na trhu práce?
3. Jakým způsobem zasahuje existence sociálních firem do uplatnění vybraných klientů s duševním onemocněním na trhu práce?
4. Jak dotazování hodnotí udržitelnost programu PZ v rámci právě probíhající reformy psychiatrické péče?

## **5.3 METODY**

V rámci mého šetření jsou uplatňovány kvalitativní metody. Vzhledem k charakteru cíle šetření volím neexperimentální plán šetření. Hlavním cílem plánů šetření je deskripce a klasifikace zkoumaných jevů na základě obsahové a narativní analýzy dat získaných z literatury, dokumentů a dokumentací organizací, vlastní praxe, případových studií a semistrukturovaných rozhovorů s pracovníky.

Těžištěm tohoto šetření není cílená manipulace se zkoumanou realitou, ale spíše její popis a pozorování, vhled a porozumění. Tyto výzkumné plány se zpravidla označují jako vzorkové přehledy (FERJENČÍK, 2000). Vzorkem či objektem šetření jsou v mém případě vybrané osoby s duševním onemocněním, které prošly programem podporovaného zaměstnávání.

## 5.4 METODIKA ŠETŘENÍ

Data jsem se rozhodla získávat ze čtyř základních zdrojů:

1. Z dostupné literatury a periodik týkajících se práce s lidmi s duševním onemocněním.
2. Z dokumentace a dokumentů organizací poskytujících PZ pro lidi s duševním onemocněním.
3. Od pracovníků poskytujících PZ pro lidi s duševním onemocněním.
4. Od lidí s duševním onemocněním, kteří procházejí či prošli programem PZ.

K zajištění validity šetření a zvýšení jeho důvěryhodnosti byla při shromažďování informací o zkoumaném jevu využita technika triangulace metod, ve které jsou data získávána různými postupy. V mém případě semistrukturovaný rozhovor, pozorování a obsahová analýza dat. Vzhledem k použití několika metodických postupů ve sběru dat předpokládám, že tak bude dostatečným způsobem zajištěna kvalitní validita celého výzkumu, i když u kvalitativního výzkumu je možné, že reliabilita bude nízká vzhledem k omezeným možnostem zobecnění.

### 5.4.1 Obsahová analýza dat

Ve svém šetření jsem použila metodu obsahové analýzy dokumentace pro zjištění informací ze zpráv z konzultací PZ (vstupní zprávy, sestavování osobního profilu uživatele programu, průběh vytváření představy o vhodném zaměstnání, vytváření individuálního plánu, formy a průběh programu PZ). Jednalo se o dokumentaci organizací Fokus Praha a Eset Help. Zpracovávání dokumentace probíhalo od října 2015 do února 2016. Případové studie jsem vytvořila na základě hermeneutického výkladu. Prostřednictvím čtyř případových studií<sup>19</sup> byla analyzována situace v oblasti uceleného systému podporovaného zaměstnávání. Případové studie sloužily jako prostředek k dosažení cíle šetření.

Dále jsem využila obsahovou analýzu dokumentů vypovídajících o problematice poskytování programu podporovaného zaměstnávání nejen pro lidi s duševním onemocněním. Tyto dokumenty jsou uvedeny v seznamu literatury a použitých zdrojů. Zpracovávání těchto dokumentů bylo prováděno od září 2015 do května 2016.

---

<sup>19</sup> Dvě z těchto případových studií jsou k dispozici v přílohách číslo 7. a 8.

#### **5.4.2 Semistrukturovaný rozhovor**

Pro získání dat k problematice uplatnění lidí s duševním onemocněním a udržení programu PZ v rámci Reformy psychiatrické péče jsem zvolila semistrukturovaný rozhovor. Jako participanty rozhovorů jsem zvolila pracovní konzultanty z organizací Fokus Praha, Eset Help a Green Doors. Rozhovory<sup>20</sup> s těmito participanty byly nahrány na diktafon v období od listopadu 2015 do května 2016, a to vždy s jejich informovaným souhlasem. Dále jsem participanty seznámila s použitím a uchováním získaných dat a také s anonymizací. V průběhu rozhovoru jsem se snažila používat nedirektivní způsob dotazování, kladení otázek bylo neutrální a odpovědi mnou nebyly nijak komentovány. Držela jsem se mnou sestavené struktury rozhovoru<sup>21</sup>, kterou jsem doplňovala dle zásad zakotvené teorie dílčími otázkami, vyplynuvšími z předchozích rozhovorů i z rozhovoru aktuálního. Rozhovory byly realizovány v neutrálním prostředí, které vybrali participantí sami. Celková doba rozhovoru s participanty se pohybovala okolo osmdesáti minut.

#### **5.4.3 Pozorování**

V průběhu rozhovoru probíhalo pozorování, které se zaměřovalo především na neverbální reakce - mimiku, gesta, na to, co bylo řečeno mezi řádky a celkový vzhled participantů (únava, vztek, zmatek, neochota odpovědět). Poznámky z pozorování byly záhy po ukončení rozhovoru dočasně zaznamenány ve formě memos a později připsány do protokolu s příslušným přepisem rozhovoru.

Zároveň bylo pozorování použito při následcích na konzultacích s vybranými uživateli programu PZ, které mi byly umožněny v organizaci Fokus Praha. Toto pozorování bylo použito při obsahové analýze dat z dokumentace příslušných uživatelů a k sepsání případových studií.

Všechny informace získané výše uvedenými metodami byly zpracovány a přepsány do programu Microsoft Word. Celé šetření bylo anonymní. Pracovala jsem v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Identifikační údaje a jména participantů jsou záměrně změněna.

---

<sup>20</sup> Transkripce semistrukturovaného rozhovoru v příloze číslo 6.

<sup>21</sup> Základní otázky pro strukturu semistrukturovaného rozhovoru v příloze číslo 5.

## 5.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Ve výsledku mého šetření budou zahrnuty dvě případové studie lidí s duševním onemocněním, klientů Fokusu Praha, které jsou součástí mé diplomové práce v přílohách číslo šest a sedm. Tito participanti budou vybráni zcela záměrně podle mnou stanovených parametrů. Za prvé alespoň dva participanti by měli spadat do kategorie již ukončeného programu a za druhé dva by měli spadat do kategorie v průběhu programu, tak aby mohlo být praktikováno pozorování při násleších. Při vyhledávání vhodných participantů budu úzce spolupracovat s pracovníky podporovaného zaměstnávání Fokusu Praha. Tato spolupráce by měla mít výhodu zejména v kladném přijetí mé osoby uživateli programu PZ. Zároveň budou respektovány etické principy deklarované Fokusem Praha a zákon na ochranu osobních údajů. Pracovníci Fokusu Praha na mé požádání budou kontaktovat vhodné uživatele svých služeb a budou se jich dotazovat, zda jsou ochotni zúčastnit se mého šetření a zda souhlasí s poskytnutím jejich osobní údajů a s nahlédnutím do dokumentace. Všichni uživatelé by měli být dlouholetými uživateli služeb zmíněné organizace.

Dále budou ve výsledku šetření zahrnuty výsledky z rozhovorů s pracovními konzultanty podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. Participanty budu vybírat z hlediska co největší rozmanitosti organizací. Rozhovorů se tedy budou účastnit tři pracovníci z Fokusu Praha, tři z organizace Eset Help a jeden z organizace Green Doors. Celkový počet participantů bude tedy sedm.

Do vyhodnocení jsem ale zahrnula pouze šest z uskutečněných rozhovorů. Jeden uskutečněný rozhovor s pracovníkem Eset Help jsem z šetření vyřadila, a to z důvodu krátké zkušenosti s cílovou skupinou. Jeho vypovídací hodnota díky krátké zkušenosti byla téměř nulová a zároveň zmíněný participant ještě v průběhu zpracovávání šetření ukončil s organizací spolupráci. Všichni ostatní pracovníci měli v průměru alespoň dvou a půlletou zkušenost s prací s lidmi s duševním onemocněním. Vzhledem k práci pracovních konzultantů byl medián dva roky.

Ve své práci se zaměřuji pouze na uživatele a poskytovatele PZ v Praze. Z důvodu větší pravděpodobnosti uplatnitelnosti lidí na trhu práce. Cílem mé empirické části není hodnotit jaká je úspěšnost uživatelů na trhu práce, ale analyzovat, popsat a porozumět situaci v poskytování programu PZ pro lidi s duševním onemocněním. Myslím, že proces poskytování tohoto programu není odvislý od úspěšnosti uživatelů na trhu práce, a tak není pro mé šetření podstatné kde a na jak velkém území se šetření provádělo.

## 5.6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE

V následující části textu popíši údaje, které jsem prostřednictvím šetření získala a analyzovala. V průběhu analýzy získaných dat jsem identifikovala čtyři specifické fáze, kterými člověk s duševním onemocněním prochází a zdají se být nejzásadnějšími v procesu podporovaného zaměstnávání. Své výsledky jsem se rozhodla prezentovat chronologicky dle těchto fází. Pro tento způsob jsem se rozhodla proto, abych zachovala kontinuitu, vývoj a dynamičnost, ve které se proces podporovaného zaměstnávání odehrává. Má prezentace získaných dat je nejbližší formě narativní analýzy, ve které se získané údaje prezentují jako fakta a pomocí citací ze získaných materiálů. V každé fázi popisují klíčová témata, která hrají roli a ovlivňují další průběh procesu podporovaného zaměstnávání. V závěrečné části této kapitoly se pokusím poskytnout odpovědi na dílčí otázky šetření.

Mluvím-li v této části o uživateli, mám na mysli lidi s duševním onemocněním, mluvím o těch, kteří se účastnili mého šetření, bez mé snahy o zobecnění na všechny uživatele programu podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. Autentické výroky účastníků šetření, které v textu používám, jsou citacemi a jsou označeny uvozovkami a kurzívou. U uživatelů služeb používám jejich krycí jména a u participantů z řad pracovníků podporovaného zaměstnávání používám číselný kód od jedné do šesti.

### 5.6.1 *Posuzování vhodnosti podporovaného zaměstnávání*

Je žádoucí, aby služby PZ byly poskytovány efektivně, to znamená právě těm zájemcům, u nichž existuje předpoklad, že služby PZ povedou k získání a udržení si vhodného pracovního uplatnění na otevřeném trhu práce. Proto je moje pozornost soustředěna na období před zahájením poskytování služeb PZ. Smyslem této fáze je zjistit, zda osobní cíl zájemce je v souladu s cíli PZ. Zda jsou služby PZ vhodným nástrojem k dosažení klientova cíle a zda mu okolnosti umožňují tento nástroj využít.<sup>22</sup>

Z dat získaných z dokumentace a případových studií se dá říci, že všichni uživatelé před vstupem do PZ prošli jinou formou pracovní rehabilitace - ať už v dané organizaci nebo ve spřátelené. Toto tvrzení vystihuje citace z obou případových studií, které jsou součástí mé práce:

---

<sup>22</sup> viz. 3.3.1. Služby poskytované zájemci o PZ str. 32

*"Od roku 2010 je Dan také klientem Fokusu Praha. V rámci pracovní rehabilitace absolvoval pět pracovních rehabilitačních míst v programech chráněného a přechodného zaměstnávání. Rehabilitace na jednom pracovním místě trvala vždy 6 měsíců a byla ukončena úspěšně.*

*Po skončení na posledním pracovním místě přechodného zaměstnání, v roce 2012, bylo zřejmé, že Dan zvládá nároky otevřeného trhu práce, pokud vykonává práci, která ho baví a která splňuje určité specifické podmínky. Po společné domluvě Dana s pracovním rehabilitačním pracovníkem bylo dohodnuto, že je na čase zkusit nalézt trvalý pracovní poměr. Po vzájemném vyjasnění pravidel a očekávání byla uzavřena dohoda o poskytnutí služby PZ." (PŘÍPADOVÁ STUDIE 1)*

*"Od roku 2013 je Jan klientem programů podpory zaměstnávání Fokusu Praha. V rámci pracovní rehabilitace absolvoval dvě pracovních rehabilitační místa v programech chráněných dílen a v roce 2014 jedno místo v rámci přechodného zaměstnávání. Rehabilitace na jednom pracovním místě trvala vždy 6 měsíců a byla ukončena úspěšně." (PŘÍPADOVÁ STUDIE 2)*

Na základě výstupních zpráv z pracovní rehabilitace je zřejmá vlastní motivace klientů k získání zaměstnání na otevřeném trhu práce. Je zde zřejmá chuť ke zvýšení samostatnosti a zároveň potřeba dlouhodobé intenzivní podpory. Tedy že k získání zaměstnání nevedou jiné, méně intenzivní způsoby pomoci (např. poradenství, služby úřadu práce apod.).

Z osobních profilů uživatelů je patrné, že velká část uživatelů má problém hlavně v komunikačních dovednostech, sebehodnocení a sebedůvěře.

*"V komunikaci neudrží oční kontakt, komunikuje spíše přikyvováním. Stále působí, jakoby nechtěl obtěžovat. Z předchozí spolupráce v rámci přechodného zaměstnání je v dokumentaci popsáno, že pokud je nespokojený nebo se mu něco nelíbí, reaguje pouze tichým sklopením hlavy. Pokud má o daný návrh zájem, vyjadřuje ho přikývnutím a velmi tichým „no“. Je proto doporučeno nabízet návrhy a možnosti a sledovat Danovy reakce. " (PŘÍPADOVÁ STUDIE 1)*

*"Rád by si našel nějaký koníček mimo služby pro lidi s duševním onemocněním, ale má obavy, že selže a že se mu vrátí nemoc.*

*V komunikaci neudrží oční kontakt, komunikuje spíše roztěkaně. Stále mluví o svých úspěších, které dosáhl před propuknutím nemoci. Ze zpráv z pracovní rehabilitace je*



*zřejmě, že se stále upíná k době před propuknutím nemoci a nemá na své schopnosti a dovednosti reálný náhled."* (PŘÍPADOVÁ STUDIE 2)

Jako důvody vstupu do programu podporovaného zaměstnávání uváděli uživatelé kromě očekávaných důvodů (vydělat si peníze, být užitečný, dokázat, že na to mám) také touhu dělat to, co je běžné, normální, nebýt vyloučen ze společnosti.

Narozdíl od uživatelů pracovníci poukazovali na to, že se na ně klienti často obracejí s nejasnou představou o programu podporovaného zaměstnávání.

*"Obracejí se na nás ,mylně, nejčastěji jako na pracovní agenturu. Chtějí, abychom jim nabídli práci. Ale to my neděláme."* (ROZHOVOR Č. 4)

*"Přicházejí třeba i z jiných služeb organizace, ale nemají vůbec žádnou představu, co je to podporko. Myslí si, že máme seznam prací s volnými místy, kde berou hlavně lidi se zkušeností s psychózou"* (ROZHOVOR Č. 1)

#### **5.6.2 Vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění**

Záměrem této části procesu podporovaného zaměstnávání je získat obraz vhodného pracovního místa pro konkrétního uživatele služby PZ. Představa o pracovním uplatnění je výsledkem porovnání požadavků uživatele služby PZ na jedné straně a potřeb trhu práce na straně druhé. U lidí s duševním onemocněním bývá tato fáze získávání náhledu na svoji nemoc a schopnosti poměrně zdlouhavá a mnohdy bolestná. Proto je důležité, aby v této fázi pracovník věnoval klientovi zvýšenou pozornost a podporoval jeho úsilí.

Ze získaných dat je zřejmé, že tato fáze trvá několik měsíců a může se stát, že uživatel ze svých zdánlivě nereálných požadavků nechce ustoupit. Konzultant v tomto případě může říci svůj názor či doporučení, ale řídí se přáním a požadavky uživatele.

Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že velikým specifickým lidí s duševním onemocněním v programu PZ je to, že hledají jakoukoliv práci na otevřeném trhu, jak brigády, tak i práci na časově omezenou dobu. Vyplývá to ze specifík průběhu nemoci.

*"Tato fáze byla pro Jana nejbolestnější, zjistil, že mu nemoc vzala víc, než předpokládal, a že v blízké budoucnosti nemůže vykonávat práci stavebního projektanta. V rámci srovnávání se s novým náhledem došlo k tomu, že Jan začal pracovního*

*konzultanta obviňovat ze svého selhání. Tato fáze skončila přerušáním spolupráce."*  
(PŘÍPADOVÁ STUDIE 2)

*"Po třech měsících si Dan uvědomil, že je obtížné nalézt zvolenou práci. Jako problém uváděl svojí nekomunikativnost a to, že nemá odpovídající vzdělání pro práci na PC."* (PŘÍPADOVÁ STUDIE 1)

*"No, ono jde vlastně taky o to, co myslíte tím stálým pracovním poměrem..... U naší cílovky je problém v tom, že nikdo neví, kdy a za jak dlouho se nemoc zase projeví a člověk bude muset být zase hospitalizovaný"* (ROZHOVOR Č. 4)

*"My řešíme s klientama i brigády. Často je to pro ně dobrá zkušenost... zjistí, jestli jsou na tom psychicky fakt dobře, že zvládnou ten tlak na rychlost a flexibilitu..... když jsem pracoval s lidma s mentálním postižením, tak jsme měli v pravidlech jen stálou práci, žádné brigády, krátké pracovní příležitosti.... ale to u psychotiků nejde..."* (ROZHOVOR Č. 3)

### **5.6.3 Získání zaměstnání**

Na základě provedeného hodnocení zájmů a schopností uživatele začíná fáze hledání vhodného pracovního místa. I zde pracovník poskytuje dostatek podpory, aby bylo možné dosáhnout stanoveného cíle. Zároveň nesmí být uživatel zproštěn odpovědnosti za další průběh procesu.

V této fázi dle získaných faktů je největším problémem ztráta motivace, snížené nebo přehnané sebevědomí a snaha uživatele přehodit odpovědnost na pracovníka. Souvisí to i s počáteční představou uživatele, že podporované zaměstnávání poskytuje přehled volných pracovních míst pro lidi s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce.

*"Dan ztrácí naději na získání práce. Prozatímní neúspěch s nalezením vhodného zaměstnání má vliv na jeho sebevědomí. Na všechny inzeráty již reaguje s pocitem, že to nevyjde."* (PŘÍPADOVÁ STUDIE 1)

*"Oni si myslí, že přijdou a my jim dáme práci, ale v podporku jde o to, že v rámci metod sociální práce vedeme klienty k tomu, aby si dokázali práci najít sami."*  
(ROZHOVOR Č. 4)

*"Jan bude doma na internetu a v novinách vyhledávat inzeráty s vhodnými pracovními pozicemi, které odpovídají jeho představám. S pracovním konzultantem je na schůzce zhodnotí a vyberou ty pracovní pozice, které nejpravděpodobněji splňují jeho*

*požadavky. Pan Jan vybrané inzeráty obvolá, případně si dohodne pracovní pohovor."*  
(PŘÍPADOVÁ STUDIE 2)

#### **5.6.4 Udržení si získaného pracovního místa**

V této fázi přichází na řadu schopnost komunikace a dovednost vykomunikovat si na daném pracovním místě vhodné pracovní podmínky. Jedná se nejčastěji o možnost častějších přestávek na práci, vyjednání si například jen ranních či odpoledních směn, velikost pracovního kolektivu v místě výkonu práce a další.

Cílem vyjednávání o pracovních podmínkách je specifikovat pracovní podmínky uživatele tak, aby vyhovovaly oběma stranám a aby byly uvedeny v pracovní smlouvě.

*"Trvalý pracovní poměr na 6 hodin denně. Dopolední a odpolední směny nejsou překážkou. Práce v noci je zcela nevhodná. Nejlépe v malém pracovním kolektivu, s možností pracovat jak uvnitř, tak i venku. Náplní práce má být činnost kolem počítačů a alespoň minimální zodpovědnost."* (PŘÍPADOVÁ STUDIE 2)

*"No, jak kdy,.... záleží to na klientovi, ..... jestli chce naší interakci se zaměstnavatelem..... Ale není to tak často. Naši klienti si většinu věcí přímo se zaměstnavatelem na základě nácviku při schůzkách vyjednávají všechno sami"*  
(ROZHOVOR Č.4)

*" Já mám takovou zkušenost, že když se některý klient do toho vrhne po hlavě, tak taky z práce rychle vypadne. Třeba ještě ve zkušební době.... Prostě si předem nedohodne, jak je schopen chodit do práce... pro zaměstnavatele to pak může jako vypadat, že se klient fláká, a tak ho raději propustí."* (ROZHOVOR Č. 1)

Cílem mého šetření bylo analyzovat, popsat a porozumět situaci v poskytování programu PZ pro lidi s duševním onemocněním.

Na základě výše uvedených faktů jsem dospěla k závěru, že program podporovaného zaměstnávání je pro lidi s duševním onemocněním vhodný a potřebný. Poskytuje jim dostatečnou potřebnou oporu v jejich cestě k získání vhodného zaměstnání. Zároveň splňuje definovaný globální cíl Reformy psychiatrické péče, kterým je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Uživatelé programu PZ jsou vedeni k samostatnosti, jsou posilovány jejich komunikační dovednosti, je zde kladen veliký důraz na podporu a rozvoj klientovy vlastní aktivity, motivace a na posilování jeho kompetencí.

### 5.6.5 Dílčí otázky šetření

Jaké jsou **rozdíly v poskytování PZ pro lidi s duševním onemocněním** od závazné metodiky PZ pod patronátem Unie podporovaného zaměstnávání?

Z rozhovorů s pracovníky PZ a z mé vlastní praxe je zřejmé, že některé rozdíly jsou dost zásadní - a to až na tolik, že již žádný poskytovatel programu PZ pro lidi s duševním onemocněním v Praze není zapsán jako agentura PZ.

*" No, naše podporko už není vedené pod Unií jako agentura podporovaného zaměstnávání..... Je to tím, že pro naši cílovou skupinu jsme museli tento program relativně dost upravit a to už se zcela neshodovalo s metodikou podporka tak, jak to bylo Unií patronované." (ROZHOVOR Č. 4)*

Jaké je **uplatnění lidí s duševním onemocněním** na trhu práce?

I přes to, že jsem své šetření uskutečnila pouze v Praze, je uplatnění lidí s duševním onemocněním na trhu práce celkem znepokojující. Potýkají se nejen s překážkami, které jim staví do cesty život s nemocí, ale taky s předsudky, tabu a v neposlední řadě i malou ochotou zaměstnavatelů zaměstnávat na pozici pomocného pracovníka člověka s vysokoškolským diplomem.

*" Se svojí nemocí. .... A taky s předsudky..... To je tím, že duševní nemoc je v naší společnosti tabu!!!" (ROZHOVOR Č. 4)*

*"Ono je to těžké, představte si, že se k vám na pomocnou sílu v kuchyni hlásí vysokoškolák. To je jedna z velkých překážek, proto třeba naši klienti zkusí nejdřív na daném místě jako brigádu, a pak, když ten zaměstnavatel zjistí, že je to v pohodě, tak je tam jistá šance, že tam získá pracovní smlouvu."(ROZHOVOR Č.2)*

Jakým způsobem zasahuje **existence sociálních firem** do uplatnění lidí s duševním onemocněním na trhu práce?

Otázku sociálních firem jsem do svého šetření zahrнула zejména proto, že v roce 2012 hodně lidí s duševním onemocněním přišlo o možnost přivýdělku k invalidnímu důchodu, a to z důvodu zrušení institutu chráněných dílen<sup>23</sup>. V Praze je situace taková, že velká část

---

<sup>23</sup> Viz 2.3.3.3. Chráněné dílny v této diplomové práci str. 23

chráněných dílen pro lidi s duševním onemocněním se transformovala v sociální firmu. Problém nastal s pracovníky, u kterých jejich dovednosti a schopnosti nestačily na uplatnění se v sociální firmě.

*"No....., já nevím, nemám zásadní zkušenosti..... jen s pár klienty,..... ale ty tam šli jako do práce....myslím, stejně jako by třebaš šli na otevřený trh, kdyby tam pro ně práce byla vhodná...." (ROZHOVOR Č. 4)*

*"Transformace dílen na sociální firmy to byl takový hodně krkolomný krok. Hodně klientů přišla o jistotu chráněné dílny..... hodně se jim zhoršil zdravotní stav..... No, práce je tam náročnější na koncentraci, taky se tam člověk musí více ohánět, musí být výsledky...." (ROZHOVOR Č. 3)*

**Jaká je udržitelnost programu PZ v rámci právě probíhající Reformy psychiatrické péče?**

Vzhledem k tomu, že jedním z globálních cílů Reformy je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, a zároveň je to jeden z cílů PZ, je udržitelnost v rámci Reformy pravděpodobná. V rámci Reformy vznikají Centra duševního zdraví, jejichž primárním posláním je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí. Podporované zaměstnávání pracuje v komunitě uživatele, snaží se zmírňovat dopady předsudků jak u zaměstnavatelů, tak i v uživatelském okolí.

*" Já, mmm, myslím, že je udržitelný. Je součástí multidisciplinárních týmů, takže nevidím problém s jeho udržením....." (ROZHOVOR Č. 4)*

*"Pokud vím, tak Reforma počítá nejen s reformou zdravotních služeb, ale právě i s propojením těchto služeb se službami sociálními. No a sociální služby jsou zejména o poskytování poradenství, prevence a služeb v oblasti zaměstnávání, bydlení, trávení volného času, resocializační a tak..." (ROZHOVOR Č. 2)*

## **5.7 DISKUSE**

Šetření, které proběhlo v rámci mé diplomové práce, bylo zaměřeno na udržitelnost a perspektivu programu PZ pro lidi s duševním onemocněním. Na základě poznatků získaných z dokumentace organizací, vlastní praxe a rozhovorů s poskytovateli programů

podpory zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním jsem seznala, že program PZ je v souladu s právě probíhající Reformou psychiatrické péče. Právě v rámci Reformy je udržitelnost a perspektiva programu PZ velice slibná.

Na základě rozhovorů s pracovníky a vlastní praxe musím konstatovat, že program PZ pro lidi s duševním onemocněním je zásadně odlišný od programu PZ, který poskytují agentury PZ. Pravidla, zásady a zaměření na získání zaměstnání na otevřeném trhu práce se natolik liší od Souhrnné metodiky PZ, že všichni poskytovatelé programu PZ pro lidi s duševním onemocněním již nejsou zapsáni pod Uníí PZ jakožto poskytovatelé.

Z výše uvedeného vyplývá, že program PZ pro lidi s duševním onemocněním se poskytuje jako jedna z forem psychosociální rehabilitace. Dá se tedy říci, že v Praze neexistuje agentura PZ zaměřená jen na lidi s duševním onemocněním. Každopádně poskytovatelé tohoto programu v rámci psychosociální rehabilitace s agenturami PZ spolupracují.

Na základě mého šetření bylo zjištěno, že uplatnění lidí s duševním onemocněním je velice problematické. Mnoho uživatelů musí ze svých představ o vhodném pracovním uplatnění slevit. Zároveň však většina uživatelů má dokončené vyšší vzdělání, než jaké je na pozici pomocného pracovníka nutné. Tím dochází k paradoxu. Za zaměstnavatelem přichází žadatel o práci, který má vysokou kvalifikaci, ale žádá o mnohem nižší pracovní pozici, než pro jakou je kvalifikován.

V řešení tohoto paradoxu by mohly být nápomocny sociální firmy. Většina sociálních firem, které provozuje Fokus Praha, vznikla transformací chráněných dílen. Pracovní pozice tedy vycházejí z požadavků, dovedností a schopností právě lidí s duševním onemocněním. Problém v transformaci chráněných dílen nastal v bodě, kdy se nově vzniklá sociální firma musela utkat o místo na trhu. Vznikl tedy větší nárok na zaměstnance a mnoho lidí s dlouhodobým duševním onemocněním přišlo o finanční jistotu, kterou jim zajišťovala chráněná dílna. Tím se stala sociální firma vhodnou alternativou pro uplatnění lidí s duševním onemocněním, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce, ale v rámci své nemoci jsou značně znevýhodněni.

## **5.8 SHRUTÍ ŠETŘENÍ**

Za hlavní cíl mé diplomové práce Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci podporovaného zaměstnávání jsem si zvolila vytvoření aktualizované přehledové studie, která se zabývá problematikou poskytování služby

podporovaného zaměstnávání lidem s duševním onemocněním. Na základě této přehledové studie jsem analyzovala situaci v oblasti uceleného procesu podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. Pro přehlednost této diskuze se budu držet procesu podporovaného zaměstnávání tak, jak je popsán v kapitole 3.3., a pokusím se tento proces vztahovat k výsledkům mého šetření.

V souvislosti s poskytováním programu podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním je zapotřebí se zmínit o nutnosti zahrnutí celého člověka do procesu programu PZ včetně projevů jeho nemoci a projevů vedlejších účinků léků, které má uživatel předepsané. Kombinace vlivu onemocnění, vedlejších účinků léků a sociálního dopadu nemoci se objevuje v podobě ztráty vůle, motivace, důvěry, vztahu k práci a v podobě problémů v mezilidských vztazích, sociálního stažení, ochuzení citového prožívání, poruše koncentrace a snížení adaptačních schopností. Duševní nemoc tedy člověku bere či omezuje mnoho základních dovedností, které jsou pro existenci v běžné společnosti nezbytné.

Podmínkou účinnosti PZ pro lidi s duševním onemocněním je jejich stabilizovaný zdravotní stav, snižuje se tak pravděpodobnost, že dojde k situaci, v níž by uživatel nemohl služby PZ čerpat nebo vykonávat práci na běžném pracovišti. Udržení stabilizovaného stavu uživatele je dále podmíněno realistickým náhledem na onemocnění a ochotou aktivně předcházet jeho zhoršení. I v případě, že stav uživatele je stabilizovaný a uživatel má na něj realistický náhled a je ochoten předcházet zhoršení stavu, může dojít k návratu onemocnění. Proto je účelné, aby byli uživatel i pracovník na tuto situaci připraveni (například prostřednictvím krizového plánu) a předešli tak neúspěchu procesu PZ. Přesto v některých případech musí uživatel v důsledku krize proces PZ přerušit nebo z pracovního místa odejít. Úspěšnost PZ v případě této cílové skupiny je proto nižší než například v případě lidí s mentálním postižením.

Lidé s duševním onemocněním často disponují potřebnými dovednostmi k získání a udržení práce, ale ve zhoršeném stavu nejsou schopni je používat. K tomu potřebují získat či rozvinout sebedůvěru, motivaci, schopnost překonat úzkost, efektivně reagovat na zhoršení stavu a předcházet mu v procesu získávání a uchovávání pracovního místa. Pojem dovednosti se tak v jejich případě rozšiřuje na předpoklady k získání a udržení vhodného pracovního místa. K jejich vzniku a rozvoji nepostačuje podpora psychiatra, terapeuta, pracovníka úřadu práce ani jiného odborného pracovníka. Vznik a rozvoj dovedností

podporuje právě spolupráce s pracovním konzultantem v programu podporovaného zaměstnávání.

Při péči o dlouhodobě duševně nemocné je nezbytná týmová spolupráce. Každý člen týmu vidí klienta z jiné perspektivy a každý přináší tuto perspektivu ostatním členům. Se stále se vyvíjející komunitní péčí si odborníci uvědomují význam komunikace mezi poskytovateli léčby a rehabilitačních služeb. Cílem je poskytovat klientovi ucelenou, nikoliv fragmentovanou podporu. V této souvislosti jako neopomenutelnou shledávám spolupráci s psychiatrem, popřípadě s dalšími odborníky, v jejichž péči uživatel služby je. V podporovaném zaměstnání se podle zahraničních metodik nepracuje s diagnózami uživatelů programu. Faktem je, že diagnóza je informací, kterou pracovník podporovaného zaměstnání nepotřebuje k tomu, aby pomohl nalézt uživateli pracovní místo. Měl by však znát obraz uživatelovy nemoci, což mu umožní porozumět jeho chování, napomůže mu předvídat, do jaké míry může nemoc ovlivnit jeho práci, a tím přispěje k volbě vhodného pracovního místa. Profesionál v péči o duševní zdraví by měl umět odhalit individuální charakter každého klienta, jeho talenty a potřeby. Na tomto bodě stojí úspěch nebo případný neúspěch celé jeho práce.

Zájemci (lidé s dlouhodobým duševním onemocněním) o program podporovaného zaměstnání přicházejí zpravidla na základě doporučení organizací poskytujících služby jako jsou stacionáře, chráněné bydlení, centra denních služeb, pracovní rehabilitace nebo na doporučení lékaře. Někteří přicházejí na základě informací získaných prostřednictvím informačních letáků. Jelikož popisují současnou situaci v našich podmínkách, nepatří mezi doporučující místa úřady práce nebo školy.

Pro práci s uživatelem s duševním onemocněním je v první řadě nezbytné vybudovat produktivní vztah důvěry. Jen tak se pracovník dozví o důležitých momentech uživatelova života, které mohou mít rozhodující vliv na získání vhodného zaměstnání a udržení se v něm. Fáze navázání spolupráce uživatele a pracovníka programu PZ je delší než u jiných cílových skupin, protože zjišťování stavu uživatele trvá déle. Aby uživatel poskytl pracovníkovi potřebné informace, musí pracovník získat jeho důvěru. Delší dobu trvá, než se projeví případné problémy, pracovník často potřebuje spolupráci s pracovním terapeutem uživatele. V procesu budování důvěry je také potřeba vyjasnit, kdo bude mít přístup k osobním údajům uživatele a jak s nimi bude nakládáno.

Uživatelé jsou v programu podporovaného zaměstnání vnímáni jako zákazníci, tudíž se od nich očekává aktivita ve vztahu ke službám, se kterými přijdou do kontaktu, a také



schopnost určit svá přání ohledně podpory. Sami uživatelé jsou odpovědní za výběr a výkon své práce. U tohoto bodu bych se ráda zastavila. Jednoznačně souhlasím s tím, že uživatel je za své volby a výkon zaměstnání zodpovědný. Pracovník podporovaného zaměstnání zodpovídá za pomoc a zajištění potřebné podpory. Je samozřejmé, že se uživatel účastní formulování rehabilitačních plánů a vybírá si mezi různými alternativami. Mnohdy je však pro uživatele s duševním onemocněním velmi problematické sdělovat své potřeby a přání ohledně podpory a pomoci. Je potom úkolem pracovníka, aby dokázal citlivě rozpoznat, jaký druh a rozsah podpory je pro daného uživatele v daném okamžiku prospěšný.

Při vytváření představy o vhodném pracovním uplatnění se vychází ze zájmů a přání uživatele, nikoliv pouze z jeho silných a slabých stránek a právě volných pracovních míst. Je to jakýsi akční plán, který vede k nalezení či vytvoření individuálního pracovního místa. Toto plánování je právem člověka, který dostává službu podporovaného zaměstnání. Zároveň je ale nutné si uvědomit, že lidé s duševním onemocněním, jsou často uvíznuti v jistém druhu profesní adolescence. Lidé s duševním onemocněním bývají mnohdy vysoce kvalifikováni a často v minulosti vykonávali kvalifikované náročné práce, proto se při vytváření vize vhodného pracovního místa obtížně vyrovnávají s představou méně kvalifikované práce, která však nezpůsobí zhoršení jejich stavu. Jejich přání jsou často aktuálně nereálná. Pracovník musí být schopen poskytnout uživateli podporu při vyrovnávání se s touto situací, která zpravidla vede ke snížení jeho sebehodnocení a sebedůvěry. Uživatelé často mívají zkreslené představy o svých schopnostech. Nepřipustí si, že část jejich schopností a dovedností duševní nemoc vzala nebo snížila, očekávají, že jejich pracovní možnosti budou stejné jako před nemocí. Nebo naopak v důsledku negativních reakcí okolí zvnitřní stigmatizaci duševní nemoci natolik, že své schopnosti a možnosti sami snižují, podceňují, podhodnocují. Mnohdy mají nerealistická očekávání ať již v podobě příliš vysokých nebo naopak příliš nízkých očekávání. Bývají ovlivněni neúspěšnými pokusy o práci nebo neexistující pracovní zkušeností. Proto se často stává, že si uživatel stanoví takový cíl, který pracovník vnímá jako nedosažitelný. Někdy si i po vzájemné diskusi uživatel trvá na svém rozhodnutí. Je to však uživatelovo rozhodnutí a bylo by chybou, kdyby pracovník v praxi naplňoval své cíle, nikoliv uživatelovy<sup>24</sup>. U lidí s duševním onemocněním bývá tato fáze získávání náhledu na svoji nemoc a schopnosti

---

<sup>24</sup> Případová studie 2, příloha číslo 8

poměrně zdlouhavá a mnohdy bolestná. Proto je důležité, aby v této fázi pracovník věnoval uživateli zvýšenou pozornost a podporoval jeho úsilí.

Při hledání zaměstnání je třeba mít na paměti, že průběh duševní nemoci bývá obtížně předvídatelný a případné ataky znamenají často hospitalizaci, a tudíž pracovní neschopnost. Na současném trhu práce je proto obtížné nalézt nebo vytvořit vyhovující pracovní místo.

Představení uživatele zaměstnavateli bývá klíčovým okamžikem. Pracovník musí být schopen představit uživatele tak, aby ho zaměstnavatel i ostatní pracovníci mohli vnímat jako přínos. Představujeme ho s důrazem na jeho pozitivní stránky, vyzdvihujeme respekt a důvěrnost informací.

Důležitý je obsah sdělených informací o uživateli. Ze zákoníku práce (ČR) vyplývá, že zaměstnanec je povinen sdělit zaměstnavateli všechny skutečnosti, které mohou ovlivnit jeho pracovní výkon. Je tedy povinen sdělit také fakt, že je poživitelem invalidního důchodu. Mnoho zaměstnavatelů má potom tendence přesně vědět, z jakého důvodu je invalidní důchod pobírán. Je však na samotném uživateli, kolik informací a komu bude předáno. Pracovník by však měl uživateli poradit, co je v jeho zájmu nejlepší. Mně osobně se v praxi osvědčilo sdělit okruh onemocnění, kterými uživatel trpí. To mnohdy pomůže zaměstnavatelům, případně spolupracovníkům pochopit některé zvláštnosti uživatelova chování. Nebývá od věci poskytnout personálu informační brožuru o dlouhodobých duševních onemocněních. Někdy však stále mohou mít zaměstnavatelé i spolupracovníci pocit, že toho o uživateli vědí málo. Povinností pracovníka však je zachovat profesionální mlčenlivost a předat pouze ty informace, se kterými souhlasí uživatel. V některých případech se osvědčilo poskytnout zaměstnavateli stručný protikrizový plán.

Podpora, kterou uživatel potřebuje po nástupu do zaměstnání, je velmi individuální. Někdo může potřebovat intenzivní pomoc na dlouhou dobu, jinému uživateli postačí několik společně strávených dní v práci nebo tuto pomoc nevyžaduje vůbec. Zaučování a výkon práce probíhají současně. Kromě pracovních dovedností jsou významným faktorem, který kladně ovlivňuje šanci na sociální začlenění, uživatelovy komunikační dovednosti. Jejich nácvik bývá mnohdy obtížnější nežli osvojení si pracovních dovedností.

Lidé s duševním onemocněním mají mnoho obav z nástupu do práce. Často je provází úzkosti, zda svoji práci zvládnou. Bez počáteční podpory a pomoci s problémy se minimalizuje jejich šance na úspěch. Úspěch v zaměstnání je závislý na celkové životní situaci uživatele. Má na něj vliv uživatelovo rodinné prostředí, bytová problematika a řada

dalších aspektů. Proto je důležité, aby měl pracovní konzultant povědomí o těchto skutečnostech, aby měl přehled o formální i neformální síti, kterou kolem sebe uživatel má.

I když se někdy zdá naprosto nereálné, aby klient uspěl na trhu práce, není program podporovaného zaměstnávání beze smyslu. Překážky, které brání návratu klienta do běžného zaměstnání, nejsou definitivní a neměnné. Klient, který není aktuálně schopen uspět na otevřeném trhu práce, se může velmi dobře uplatnit v podmínkách ne zcela běžných, ale přizpůsobených jeho možnostem a schopnostem. K tomuto účelu mohou být využita pracovní místa v sociálních firmách.

## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na jednu z oblastí komunitní péče o lidi s duševním onemocněním - a to na oblast práce. Cílem mé diplomové práce bylo vytvořit aktualizovanou přehledovou studii problematiky poskytování programu podporovaného zaměstnávání lidem s duševním onemocněním.

Těžištěm mé práce byla deskripce současné situace v poskytování služeb podpory zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním a formulace specifik programu PZ pro lidi s duševním onemocněním. Analyzovala jsem situaci v oblasti uceleného přehledu procesu programu PZ. Na základě tohoto přehledu jsem vyhodnotila, že program PZ pro lidi s duševním onemocněním je poskytován v jiné podobě, než je tento program popisován Souhrnnou metodikou PZ.

Součástí mé práce bylo empirické šetření zaměřené na udržitelnost a perspektivu programu PZ pro lidi s duševním onemocněním. Na základě poznatků získaných z dokumentace organizací, rozhovorů s poskytovateli programu PZ, případových studií a vlastní praxe jsem došla k závěru, že program PZ je v souladu s právě probíhající Reformou psychiatrické péče. Globálním cílem Reformy je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Reforma chce docílit globálního cíle prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností. V implementaci Reformy se počítá mimo jiné i s rozvojem Center duševního zdraví jako jednoho ze čtyř pilířů služeb, který rozšiřuje stávající péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje ji duševně nemocným. Vznikem Center duševního zdraví, které pracují v souladu s komunitní psychiatrickou péčí je zajištěna jak udržitelnost, tak i perspektiva programu PZ pro lidi s duševním onemocněním.

Cílem mé diplomové práce není zobecnění zjištěných výsledků na okruh všech poskytovatelů programu PZ pro lidi s duševním onemocněním. Zaměřila jsem se na konkrétní poskytovatele programu PZ a na jejich konkrétní uživatele programu. Těžištěm tohoto šetření není cílená manipulace se zkoumanou realitou, ale spíše její popis a pozorování, vhled a porozumění. Věřím, že poznatky získané v rámci šetření mohou být využity k získání a prohloubení informací o uceleném procesu programu PZ pro lidi s duševním onemocněním.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Prameny:

ADAMČÍKOVÁ, J.; EISNER P.; KAUCKÝ, D. *Empowerment - možnosti zapojování a posilování lidí, uživatelů služeb agentur PZ a jiných služeb*. Praha: Rytmus, o. s, 2004 v rámci projektu Equal

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M. *Psychiatric Rehabilitation. Center for Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Boston University: 1994. ISBN 1-878512 -00-5.

BECKER, D. R., DRAKE, R. E. *A Working Life: the individual placement and support (IPS) program*. New Hampshire – Dartmouth: Psychiatric Research Center, 1993

BROUKALOVÁ, L. *Pracovní rehabilitace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Esprit, 2003, vol. 3, s. 4-5.

CARLOS, W. P., KENNETH, J. G., NORA, M. B., MELISSA, M. *Psychiatric Rehabilitation*. 2006, Roberts Published, ElsevierMedical.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 9788024601397

ESPRIT, časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné. Česká asociace pro psychické zdraví, ročník XV, číslo 5-6. 2011. ISSN 1214-2123

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7367-815-9

GOJOVÁ, A., SOBKOVÁ, H. *Využití úkolově orientovaného přístupu v současných podmínkách české sociální práce*. Časopis Sociální práce. 2007, č. 1, s. 87-96.

HRADECKÁ, D., ZEMANOVÁ, P. *Empowerment aneb umění se dobře ptát*. IN - Zpravodaj České unie PZ. Praha: březen 2004

HOFF, D. *Employment Specialist Training Manual*. Boston: Institut for community inclusion, 1985.

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6

JOHNOVÁ A KOL. *Podporované zaměstnání*. Praha: Agentura podporovaného zaměstnání Rytmus, 2001

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6

KINOSHITA, Y., FURUKAWA, T. A., KINOSHITA, K., HONYASHIKI, M., OMORI, I. M., MARSHALL, M., KINGDON, D. *Supported employment for adults with severe mental illness*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013

KOL. *Supported Employment in Norway - a National Mainstream Programme*. Oslo: Work Research Institute, 2004. ISBN: 82 - 7609 - 148 - 2

KOL. *Sociální firma - výzva v podnikání 21. století*. Praha: Fokus – Praha, 2007.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

LIBERMAN, R. P. *Psychiatric Rehabilitation of Chronical Mental Patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1988

NAVRÁTIL, P. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-262-0211-0

NAVRÁTIL, P. *Sociální práce jako sociální konstrukce*. Sociologický časopis 1998, 1. Brno

NOVOTNÁ, J. *Základní pojmy v sociální práci*. Jihlava: VŠP Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-19-0

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARSHALL M, LOCKWOOD A. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. (2011) Cochrane Database of Systematic Reviews, 4:CD001089.

MATOUŠEK, O.; KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. (eds.). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, O a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2012, ISBN: 978-80-262-0211-0

MICHON, H., VAN WEEGHEL, J., KROON, H., SMIT, F., SCHENE, A. *Predictors of successful job finding in psychiatric vocational rehabilitation: An expert panel study*. Journal of Vocational Rehabilitation, 2006, Vol. 25, Number 3, s. 161 - 171.

MURPHY S. et al. *Crisis intervention for people with severe mental illnesses*. (2012) Cochrane Database of Systematic Reviews, 5:CD001087

NOVÁK a kol. *Pracovní rehabilitace: příručka k programům pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání duševně nemocných*. Praha: 1999, Fokus v rámci programu Phare, projektu Lien 97–1052.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3

PFEIFFER, J. *Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví – International Classification of Functioning, Disability and Health, a její přínos pro lékařskou posudkovou službu*. In Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU. Praha: VÚPSV, 2002, s. 38-42.

PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., MOHR, P., MOTLOVÁ, L., SEIFERTOVÁ, D., ŠPANIEL, F. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

PROBSTOVÁ, V. *Rehabilitace: včera, dnes a zítra*. Praha: OBAX (Občasný Bulletin Asociace Komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví), 2003, roč. 1, č. 5

RABOCH, J., WENIGOVA, B. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2000. ISBN 80-85850-00-1

SMUTEK, M. *Model řešení problému v sociální práci – Systémový pohled*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006.

SPJELKAVIK, Ø.; FRØYLAND, K.; EVANS, M. *Supported Employment in Norway - a National Mainstream Programme*. Work Research Institute, Oslo: November 2004. ISBN 82 - 7609 - 148 - 2

KOL. *Strategie reformy psychiatrické péče: REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ*. MZ ČR verze 1.0, vydáno 8.října 2013

STUCHLÍK J. *Asertivní komunitní léčba & case management*, Fokus Books, Praha 2002

ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: Vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1

ŠPILÁČKOVÁ, M.; NEDOMOVÁ, E. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0726-9

VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Praha :Grada, 2008. ISBN 8024767422

VITÁKOVÁ, P. a kol. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-93598-0-9

WINKLER, P. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013

WAGHOM, G., LLOYD, CH. *The employment of people with mental illness*. Australian. e-Journal for the Advancement of Mental Health, 2005 Vol. 4, č. 2.

WITTCHEN, H.U., JACOBI, F. *Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies*. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15 (2005), Number 4, pp. 357-376. Percentage values based on Commission's own calculation

Projekt MATRA III - reforma psychiatrie (2004): *Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, Praha.

## **Slovníky a encyklopedie:**

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7

## **Elektronické zdroje:**

*Akční plán péče o duševní zdraví na období 2013–2020*. [online] [cit. 15. 11. 2015]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003\\_dusevni%20zdravi\\_.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf)

*Analýza typové a místní dostupnosti služeb sociální péče pro občany se zdravotním postižením v hl. m.* [online] Praha 2006 [cit. 4. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.praha8.cz/.../Analyza-typove-a-mistni-dostupnosti-socialnich-sluzeb>.

*Brožura pro zaměstnavatele - paralelní životy*. [online] Fokus Praha 2014 [cit. 12. 2. 2016]. Dostupné z: [http://fokus-praha.cz/images/Brozura\\_pro\\_zamestnavatele\\_Paralelni\\_zivoty\\_2014.pdf](http://fokus-praha.cz/images/Brozura_pro_zamestnavatele_Paralelni_zivoty_2014.pdf)

*Diagnóza F - jak probíhá pracovní trénink lidí s duševním onemocněním*. Rozhovor s příjmovou terapeutkou. [online] [cit. 23. 3. 2016]. Dostupné z: [http://www.rozhlas.cz/radiowave/diagnozaf/\\_zprava/diagnoza-f-jak-probiha-pracovni-trenink-dusevne-nemocnych--1421661](http://www.rozhlas.cz/radiowave/diagnozaf/_zprava/diagnoza-f-jak-probiha-pracovni-trenink-dusevne-nemocnych--1421661)

NNP 2007: *Národní psychiatrický program 2007* [online], Česká psychiatrická společnost ČLS JEP. [cit. 15. 11. 2015]. Dostupné z: [www.psychiatrie.cz/index.php/deni-reforma-psychiatrie/deni-narodni-psychiatricky-program+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz](http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-reforma-psychiatrie/deni-narodni-psychiatricky-program+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz)

*Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)* [online], Psychiatrická společnost ČLS JEP 2014. [cit. 18. 11. 2015]. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ\\_final\\_leden2015.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ_final_leden2015.pdf)

Parlamentní listy: *Reforma psychiatrické péče z pohledu odborníků*. [online] [cit. 12. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.parlamentnilisty.cz/profil/-Senat-Parlamentu-Ceske-republiky-371/clanek/TZ-Reforma-psychiatricke-pecce-z-pohledu-odborniku-15593>



*Strategie reformy psychiatrické péče.* Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. [online] [cit. 12. 11. 2015]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

*Studie sektoru nestátních neziskových organizací v pardubickém kraji (svazek II).* [online] Studie sektoru NNO v Pardubickém kraji Prokraj 2006 [cit. 16. 1. 2016]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1821308-Studie-sektoru-nestatnich-neziskovych-organizaci-v-pardubickem-kraji-svazek-ii.html>

*Velký lékařský slovník.* [online] Dostupný z: <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/relaps>

*Vstupní zpráva ke Strategii reformy psychiatrické péče.* [on-line] Praha: Strategická projektová kancelář MZ ČR, 2012. [cit. 20. 10. 2015] Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/12/vstupni-zprava\\_srpp\\_final\\_7\\_12\\_2012.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/12/vstupni-zprava_srpp_final_7_12_2012.pdf)

*Všeobecná deklarace lidských práv.* Vyhlášená Valným shromážděním spojených národů. [online] 1948, New York [cit. 19. 1. 2016]. Dostupná z: [http://www.lidskaprava.cz/uploads/03\\_dokumenty/04\\_uvod/00\\_VDLP\\_UDHR-.pdf](http://www.lidskaprava.cz/uploads/03_dokumenty/04_uvod/00_VDLP_UDHR-.pdf)

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.* [online], MPSV ČR [cit. 12. 12. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>

*Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.* . [online], MPSV ČR [online] [cit. 18. 2. 2016]. Dostupné z: [https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav\\_predpisy/akt\\_zneni/ZOZ\\_PLATNE\\_ZNENI\\_OD\\_1.1.2016.PDF](https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/ZOZ_PLATNE_ZNENI_OD_1.1.2016.PDF)

*Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné.* Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online] ESF 2012 - 2014 [cit. 26. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/projekty/zapojeni-peer-konzultantu-do-pece-o-dusevne-nemocne>

*Zelená kniha, Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii* Komise evropských společenství, [online] Brusel 14.10.2005 [cit. 14. 12. 2015]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/.../mental\\_gp\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/.../mental_gp_cs.pdf)

*World Federation for Mental Health* (Světová federace pro duševní zdraví) [online] [cit. 17. 11. 2015]. Dostupné z: <http://wfmh.com/>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Struktura obsahu plánu průběhu služeb PZ

Příloha č. 2: Protikrizový plán

Příloha č.3: Kompetence pracovního konzultanta v PZ

Příloha č. 4: Zjišťované informace při sestavování osobního profilu

Příloha č. 5: Základní otázky pro strukturu semistrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 6: Transkripce semistrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 7: Případová studie 1

Příloha č. 8: Případová studie 2

## SUMMARY

In my thesis I focused on one of the areas of community care for people with mental illness and thus on the area of employment. The goal of my thesis was to set up an updated overview study on the issue of providing employment support for people with mental illness.

The main focus of the thesis was on a description of current situation in the provision of the employment support for people with mental illness. The focus was also on the formulation of the specifics of the Employment Support Program for people with mental illness. I did an analysis on the situation through complete overview of the process of the Employment Support Program. Based on the overview I found the Employment Support Program for people with mental illness is in fact provided in a different shape than described in the Synthesis Methodology of the Employment Program.

The part of my thesis was an empirical investigation aimed at sustainability and perspective of the Employment Support Program for people with mental illness. Based on informations from the empirical investigations I assumed that the Employment Support Program is in accordance with the current Reform of psychiatric care. There is a plan for development of Centres for mental health in the implementation of the Reform . It is considered to be one of four pillars of service which extends the contemporary state of care and complements it and approaches it to people with mental illness. Due to establishment of Centres of mental health it is provided as sustainability as perspective for the Employment Support Program for people with mental illness.

The goal of my thesis is not to generalize the identified results on all providers of the Employment Support Program for people with mental illness. I mainly focused on particular providers of the Employment Support Program and on their particular users. I hope the results gained during the investigations can be used for getting more detailed information on the process of the Employment Support Program for people with mental illness.